

Dossier Risque et Prévention spécial IADE et IBODE

<http://www.macsf.fr/vous-informer/questions-des-infirmiers-anesthesistes.html>



Document de la MACSF, organisme du sou médical qui assure les professionnels de santé, médecins, infirmiers...

Ce document n'a aucune valeur juridique en soi, et il ne peut s'imposer de façon formelle à notre exercice professionnel. Il est un outil d'information. Il convient toutefois pour les IADE, de s'entourer de toutes les précautions d'usage, et de ne pas tenter une procédure qui pourrait porter préjudice au patient tout comme au IADE.

Arnaud BASSEZ

IADE

Administrateur du site SOFIA

<http://sofia.medicalistes.org>

Stéphanie TAMBURINI, Juriste - Mis à jour le 28/03/2011

IADE – Textes

Sommaire

- [Article R. 4311-12 du code de la santé publique \(CSP\)](#)
- [Sécurité anesthésique](#)
- [Consultation préanesthésique](#)
- [Anesthésie](#)
- [Surveillance continue postinterventionnelle](#)
- [Ordre infirmier](#)
- [La VAE](#)

Article R. 4311-12 du code de la santé publique (CSP)

- L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

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

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste (JO du 2 février 2002)

Sécurité anesthésique

Article D. 6124-91 CSP

- Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, assurent les garanties suivantes :

1° Une consultation préanesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;

2° Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;

3° Une surveillance continue après l'intervention ;

4° Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.

Consultation préanesthésique

Article D. 6124-92

- La consultation préanesthésique mentionnée au 1° de l'article D. 6124-91 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.

Si le patient n'est pas encore hospitalisé :

1° Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier, elle est réalisée dans le cadre des consultations externes ;

2° Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 6114-3, elle est réalisée soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du

patient.

La consultation préanesthésique ne se substitue pas à la visite préanesthésique qui est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

Anesthésie

Article D. 6124-93

- Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.

Article D. 6124-94

- L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en oeuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite préanesthésiques mentionnées à l'article D. 6124-92.

Les moyens prévus au 2° de l'article D. 6124-91 permettent de faire bénéficier le patient :

1° D'une surveillance clinique continue ;

2° D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.

Article D. 6124-95

- Les moyens mentionnés au 1° de l'article D. 6124-94 permettent d'assurer, pour chaque patient, les fonctions suivantes :

1° Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique ;

2° La surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige.

Surveillance continue postinterventionnelle

Article D. 6124-97

- La surveillance continue postinterventionnelle mentionnée au 3° de l'article D. 6124-91 a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.

Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie.

Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient.

Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.

Article D. 6124-98

- Sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une unité de soins intensifs ou de réanimation, la surveillance qui suit le transfert du patient est mise en

oeuvre dans une salle de surveillance postinterventionnelle.

Sous réserve que les patients puissent bénéficier des conditions de surveillance mentionnées à l'article D. 6124-97, peuvent tenir lieu de salle de surveillance postinterventionnelle :

1° La salle de travail située dans une unité d'obstétrique, en cas d'anesthésie générale ou locorégionale pour des accouchements par voie basse ;

2° La salle où sont pratiquées des activités de sismothérapie.

Article D. 6124-100

- La salle de surveillance postinterventionnelle est située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiquées les anesthésies et dont le regroupement est favorisé, notamment des secteurs opératoires et des secteurs où sont pratiqués les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle.

Ses horaires d'ouverture tiennent compte du tableau fixant la programmation des interventions, mentionné à l'article D. 6124-93, et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences.

Toute nouvelle salle de surveillance postinterventionnelle, y compris lorsqu'elle est créée par regroupement de salles existantes afin notamment de respecter les normes de personnel paramédical mentionnées à l'article D. 6124-101, comporte une capacité minimale de quatre postes.

Article D. 6124-101

- Les patients admis dans une salle de surveillance postinterventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au 1° de l'article D. 6124-98, affectés exclusivement à cette salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.

Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance postinterventionnelle comporte en permanence au moins un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible infirmier ou infirmière anesthésiste.

Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale comporte au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier ou infirmière anesthésiste.

Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui intervient sans délai. Ce médecin :

1° Décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert ;

2° Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

Article D. 6124-102

- Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue postinterventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.

Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé. Conseil national de l'Ordre des médecins. Décembre 2001. <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/anesth.pdf>

6. Les infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'Etat - L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. L'IADE aide le médecin anesthésiste-réanimateur dans sa tâche mais ne peut pas entreprendre seul une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie-réanimation.

L'IADE est sous la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur et/ou du chef de service d'anesthésie-réanimation. Aucun autre spécialiste ne peut se substituer à eux et autoriser ou obliger l'IADE à exercer seul. Le médecin anesthésiste-réanimateur peut confier à l'IADE, temporairement, sous sa propre responsabilité, la surveillance d'un patient anesthésié, ne constituant pas un risque particulier, et à condition qu'il soit à tout moment immédiatement joignable et disponible à proximité de la salle d'opération. L'IADE est également habilité à participer à toute anesthésie locorégionale et à pratiquer des réinjections dès lors que le dispositif d'injection a été posé par un médecin anesthésiste-réanimateur et sur prescription écrite des médicaments et des posologies.

Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 1995. www.sfar.org

2.1.1. Activités de soins - L'IADE travaille en équipe avec le médecin anesthésiste-réanimateur. La nature de ce travail tient à la fois de l'exécution de prescriptions médicales et de la réalisation de tâches clairement précisées, qui lui sont confiées en fonction de sa compétence propre. L'intervention de l'un et de l'autre varie selon l'importance des actes d'anesthésie et de chirurgie. L'IADE peut, en présence du médecin anesthésiste-réanimateur, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou le protocole établi. Le médecin anesthésiste-réanimateur peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie à la condition expresse de rester à proximité immédiate et de pouvoir intervenir sans délai. Le médecin anesthésiste-réanimateur doit être obligatoirement et immédiatement informé de la survenue de toute anomalie.

L'IADE participe à la réalisation des anesthésies locorégionales. Il est habilité à pratiquer des réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur, suivant les prescriptions écrites de ce dernier.

La participation de l'IADE à l'anesthésie du patient ambulatoire obéit aux mêmes règles. Face à une urgence extrême et vitale, l'IADE est tenu de mettre en oeuvre, sans attendre, les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence. Il est souhaitable que des protocoles couvrant ces situations soient établis dans chaque service ou équipe d'anesthésie-réanimation. L'IADE doit, dans de telles situations, rédiger un compte rendu destiné aux responsables concernés du service d'anesthésie-réanimation.

Ordre infirmier

La loi du 21 décembre 2006 a créé un Ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers, quel que soit leur mode d'exercice (art. L. 4312-1 à 9 et R. 4311-52 à 94 CSP). Il a pour mission de veiller au maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie de la profession d'infirmier. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession et sa promotion. En coordination avec la Haute Autorité de santé, il participe à la diffusion auprès des professionnels des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers et

organise l'évaluation de ces pratiques. Il est organisé en conseils départementaux (élus en avril 2008 par tous les infirmiers), régionaux (élus en juillet par les conseillers départementaux) et conseil national (élections le 25 novembre 2008 par les conseillers régionaux) ayant des fonctions administratives. Ainsi, les conseils départementaux assurent l'inscription des professionnels au tableau de l'Ordre et une mission de conciliation en cas de conflit entre un patient et un professionnel ou entre professionnels. Le pouvoir disciplinaire est exercé par les chambres disciplinaires de première instance élues au niveau régional et en appel par une chambre disciplinaire nationale.

La VAE

Les textes fixant les modalités de la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire sont sur le point de paraître. La VAE, particulièrement justifiée pour l'activité d'IBODE qui est souvent exercée par des IDE avant d'intégrer l'école d'IBODE, consiste en une comparaison entre les compétences acquises par le soignant à travers son expérience professionnelle et les exigences du référentiel d'un diplôme.

Le candidat, qui doit être titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier, devra adresser un livret de recevabilité de sa demande de VAE à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ou à la direction de la santé et du développement social (DSDS) de son domicile. Si la demande est acceptée, il pourra retirer un livret de présentation des acquis de l'expérience qu'il devra compléter en détaillant son expérience à travers les différentes activités exercées. Les compétences professionnelles seront appréciées au regard d'un référentiel de compétences et d'un référentiel d'activités comportant chacun 8 items.

Le candidat sera ensuite entendu par un jury qui, à l'issue de sa délibération, pourra soit attribuer l'ensemble des compétences requises par le diplôme, soit valider certaines des compétences du candidat, soit enfin ne valider aucune compétence.

Dans le premier cas, le diplôme sera obtenu. Dans le second, le candidat pourra suivre une formation sur les unités d'enseignement manquantes, et/ou compléter son expérience professionnelle pour acquérir les compétences manquantes, toute compétence acquise l'étant pour une durée de 5 ans. Enfin, dans le dernier cas, un nouveau livret de validation des acquis pourra être présenté.

Qui surveille le patient en cours d'anesthésie ?

Les recommandations de la SFAR concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie (2ème édition - Juin 1989-Janvier 1994) précisent que : « Toute anesthésie générale, locorégionale, ou sédation susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et **surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié.** (...) »

Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. **S'il la confie à un médecin anesthésiste-réanimateur en formation ou à un(e) infirmier(e) anesthésiste, il reste responsable de l'acte en cours et peut intervenir sans délai ».**

Dans cette dernière hypothèse où le patient est confié à un IADE, les recommandations de la

SFAR de janvier 1995 sur le rôle de l'IADE ont également prévu que le « médecin anesthésiste-réanimateur peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie à la condition expresse de rester à proximité immédiate et de pouvoir intervenir sans délai ».

Enfin, les recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins de décembre 2001 concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes et professionnels de santé énoncent que « le médecin anesthésiste peut confier à l'IADE, temporairement, sous sa propre responsabilité, la surveillance d'un patient anesthésié, ne constituant pas un risque particulier, et à condition qu'il soit à tout moment immédiatement joignable et disponible à proximité de la salle d'opération ».

Dès lors qu'il reste susceptible d'intervenir à tout moment, l'anesthésiste peut donc confier la surveillance du patient à l'IADE. Dès lors, un anesthésiste peut prendre en charge deux salles, à condition qu'elles ne soient pas trop éloignées l'une de l'autre.

Qu'est-ce qu'un médecin pouvant intervenir sans délai ?

Il n'existe aucune définition légale, réglementaire ou jurisprudentielle de cette notion. C'est selon les circonstances propres à chaque affaire, qu'il appréciera souverainement, que le juge sera amené à se prononcer sur le respect ou non des dispositions réglementaires.

Si l'on se doute que l'intervention du médecin doit être rapide, de l'ordre de quelques minutes, on ignore quels sont les critères qui permettront de juger de cette rapidité.

On peut donc estimer qu'une intervention sans délai suppose la présence effective du médecin anesthésiste à proximité immédiate du lieu où sont pratiqués les actes d'anesthésie pour qu'en cas d'appel, son temps de réaction soit le plus court possible. Ainsi, il semble exclu que le médecin se trouve hors de l'établissement, et ce même s'il est d'astreinte, puisqu'il lui faudrait alors se déplacer depuis son domicile en cas d'appel, ce qui paraît incompatible avec une intervention sans délai.

En revanche, le médecin peut quitter la salle où est pratiquée l'anesthésie et se trouver dans une autre salle du bloc, ou une autre partie de l'établissement, toujours à condition de ne « pas trop » s'éloigner pour rester à proximité immédiate du lieu où sont réalisés les actes d'anesthésie. Mais plus que la distance, l'essentiel est qu'il soit aisément joignable par tous moyens de communication et qu'une fois appelé, il soit au chevet du patient très rapidement.

Quelle répartition des tâches en SSPI ?

Selon l'article D. 6124-10 CSP, « pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance postinterventionnelle comporte en permanence au moins un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible infirmier ou infirmière anesthésiste.

Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale comporte au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier ou infirmière anesthésiste ».

Conformément à l'article R. 4311-12 CSP, l'IADE assure en salle de surveillance postinterventionnelle « les actes relevant des techniques d'anesthésie (...) et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques ». La répartition des tâches au sein de la SSPI est abordée plus précisément dans les recommandations de la SFAR concernant la surveillance et les soins postanesthésiques qui indiquent que le « médecin anesthésiste-réanimateur dirige la surveillance, prescrit le traitement, en particulier

l'analgésie postopératoire, assure la liaison avec le chirurgien ou spécialiste ».

Le médecin anesthésiste prend donc l'initiative de la nature et du rythme des actes à réaliser et l'infirmier exécute ces actes sur le plan technique sur la base du protocole retenu par le médecin, dans la limite de ses compétences réglementaires : il évalue les signes de réveil et recherche les critères d'extubation qui témoignent du retour d'une autonomie ventilatoire, il reconnaît les accidents susceptibles de se produire et met en œuvre les gestes techniques nécessaires en cas d'atteinte d'une fonction vitale.

Confrontée à une situation d'urgence, l'infirmier doit en informer immédiatement le médecin anesthésiste et solliciter sa présence. En effet, il demeure en SSPI sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai.

La décision de sortie du patient de SSPI, soit pour un transfert en secteur d'hospitalisation, soit pour un retour à domicile suite à une chirurgie ambulatoire, est du ressort exclusif du médecin anesthésiste, ainsi que l'énonce l'article D. 6124-101 CSP.

Une tenue soigneuse du dossier d'anesthésie est essentielle pour assurer la traçabilité des soins. L'infirmier devra y reporter l'heure d'arrivée et de sortie du patient et les différents paramètres permettant de juger de l'évolution de son état. De son côté, le médecin devra y faire figurer ses prescriptions et la décision d'autorisation de sortie, ainsi que, s'il y a lieu, les modalités du transfert pour le retour en chambre.

Un IADE peut-il réaliser seul une induction anesthésique ?

Selon l'article R. 4311-12 CSP : « L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, **à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment**, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

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

Le médecin anesthésiste doit donc pouvoir intervenir à tout moment.

Un IADE peut-il réaliser une anesthésie locorégionale (ALR) ?

La réglementation relative au rôle de l'IADE dans la pratique de l'anesthésie (art. R.4311-12 du CSP) n'établit pas de distingo entre l'anesthésie générale et l'ALR :

« l'infirmier anesthésiste DE est seul habilité (...) à appliquer les techniques suivantes :

1° - Anesthésie générale

2°- Anesthésie loco-régionale..... »

Cependant, ce deuxième alinéa est complété par « et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur », ce qui interdit à l'IADE d'appliquer une technique d'ALR avec mise en place d'un cathéter.

Seules seraient donc réalisables les ALR « single shoot », telle la rachianesthésie.

De manière générale, l'IADE ne peut et ne doit appliquer une technique quelle qu'elle soit sans en avoir une pratique régulière, maîtrisée et validée par un médecin anesthésiste réanimateur.

Un IADE peut-il retirer un cathéter de péridurale ?

En ce qui concerne le retrait, les textes sont muets et la question a d'ailleurs donné lieu à de multiples controverses.

La SFAR a émis des recommandations en septembre 1992 concernant la pratique de l'analgésie obstétricale qui comportent un chapitre consacré plus particulièrement à l'analgésie péridurale, dans lequel il est précisé : « L'ablation du cathéter péridural est effectué par le médecin anesthésiste réanimateur *ou sous sa responsabilité* », formulation qui tendrait à autoriser un non médecin à procéder à l'ablation du cathéter, dès lors que l'anesthésiste est présent et peut intervenir à tout moment. Cette interprétation de la SFAR a été vivement contestée, notamment par la Direction Générale de la Santé pour laquelle le retrait du cathéter ne peut être que de la compétence exclusive du médecin.

L'Académie nationale de Médecine, saisie par la SFAR afin de trancher cette différence de vues, a fait connaître son avis le 7 février 2001, selon lequel l'ablation des cathéters périduraux peut être effectuée **sous la responsabilité du médecin**.

En décembre 2001, le Conseil de l'Ordre des médecins a, pour sa part, indiqué dans son rapport intitulé *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* que l'ablation du cathéter péridural s'effectue sur **prescription** du médecin anesthésiste réanimateur, écrites et signées ou selon des protocoles de soins validés et accessibles à tous.

Il semble donc aujourd'hui que l'interprétation qui est faite des textes aille dans le sens de la compétence des infirmiers pour réaliser le retrait du cathéter dès lors que l'anesthésiste est en mesure d'intervenir à tout moment.

Attention toutefois : il ne s'agit que d'**interprétations** par diverses instances professionnelles : elles n'ont pas de force légale ou réglementaire. Il n'existe à l'heure actuelle aucun texte réglant clairement cette question.

Quel rôle joue l'IADE dans les transports sanitaires ?

Par sa connaissance et sa pratique des gestes d'urgence et de survie, l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et dans leur transport intra ou extrahospitalier.

L'article R. 4311-12 CSP dispose que les transports sanitaires urgents entre établissements de soins ou du lieu de détresse vers un établissement de santé réalisés dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sont effectués en priorité par l'infirmier anesthésiste, même si l'article R. 4311-10 CSP rappelle pour sa part que tout infirmier est autorisé à participer à la mise en oeuvre des transports sanitaires urgents sous la responsabilité d'un médecin, ce dernier ne devant pas obligatoirement être anesthésiste réanimateur.

L'article R. 4311-12 CSP, contrairement à sa rédaction antérieure qui était ambiguë, fait reposer les gestes techniques réalisables par l'IADE sur le seul médecin anesthésiste réanimateur. Ainsi, une organisation qui ferait de l'IADE le seul professionnel en anesthésie doit être exclue.

Qui doit vérifier le bon fonctionnement du matériel d'anesthésie à l'ouverture du bloc ?

Un arrêté du 3 octobre 1995 dispose que la vérification du bon état et du bon fonctionnement du matériel et des dispositifs médicaux d'anesthésie doit être organisée selon des modalités

qui déterminent pour chaque type de matériel ou de dispositif les qualifications et la formation des personnels chargés de ces vérifications. Le texte précise également que « le médecin anesthésiste réanimateur qui pratique l'anesthésie s'assure avant l'induction de son patient que les vérifications ont été faites selon les modalités prévues au document et que le résultat est satisfaisant. Mention est faite sur un registre contresigné par l'anesthésiste réanimateur ». Il appartient donc au médecin anesthésiste réanimateur de valider le bon déroulement de la procédure de vérification du matériel d'anesthésie, qui entre dans le rôle de l'IADE. En effet, comme le rappelle la SFAR en février 2001, la qualification de l'IADE répond spécifiquement à cette exigence : « Son rôle comprend notamment la vérification, la préparation et l'entretien du matériel d'anesthésie, l'exécution de certains gestes sous la direction du médecin anesthésiste réanimateur (...) ainsi que certaines tâches transversales telles que la matériovigilance ».

La réglementation impose-t-elle un nombre d'IADE selon l'intervention réalisée ?

En matière de neurochirurgie, l'article D. 6124-137 prévoit que « Pour chaque intervention de radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques, le personnel comprend au moins :

- 1° Un neurochirurgien ;
- 2° Un neuroradiologue ;
- 3° Un radiothérapeute ;
- 4° Un radiophysicien ;
- 5° En tant que de besoin, un anesthésiste-réanimateur assisté d'un infirmier anesthésiste, un infirmier ou infirmier de bloc opératoire, un manipulateur d'électroradiologie médicale, un technicien de neurophysiologie. »

En matière d'activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, l'article D. 6124-149 CSP rappelle que « Chaque acte interventionnel en neuroradiologie nécessite la présence d'au moins trois personnes expérimentées, dont un médecin remplissant les conditions mentionnées au 1° de l'article D. 6124-149 et un manipulateur d'électroradiologie médicale. La troisième personne est, selon les besoins, soit un médecin, soit un infirmier, soit un manipulateur d'électroradiologie médicale.

Lorsque l'intervention nécessite une anesthésie générale, l'anesthésiste-réanimateur est assisté par un infirmier anesthésiste ».

§§§

IADE et IBODE : exercice et responsabilité

Les IBODE et les IADE exercent leur activité sous forme salariée, dans le secteur public ou privé. Ce mode d'exercice conditionne la forme et l'étendue de la responsabilité professionnelle encourue et influe donc directement sur le rôle de l'assurance de responsabilité. A partir du moment où il s'agit exclusivement d'un exercice salarié, toute mission, quelle qu'en soit la durée, nécessite au minimum un bulletin de salaire afin de pouvoir déterminer qui est l'employeur et de bénéficier le cas échéant du régime des accidents du travail. Tant l'assureur de l'établissement que celui du médecin ou celui de l'infirmière ne peut accorder sa garantie que si l'exercice de la profession est légal c'est-à-dire ici salarié.

Il existe plusieurs sortes de responsabilité professionnelle, selon l'objectif poursuivi par la victime, son représentant légal ou ses ayants droit si la victime est décédée.

Quel est l'objectif poursuivi ?

- **Si l'objectif est purement indemnitaire, la victime pourra :**

- Tout d'abord tenter un règlement amiable avec l'assureur de l'employeur du professionnel dont la responsabilité est recherchée, ce qui nécessite de remplir trois conditions cumulatives. Il faudra qu'une ou plusieurs fautes soient identifiées et admises. Puis il est nécessaire, en cas de pluralité de responsables, de trouver un accord entre les assureurs respectifs, sauf s'il s'agit d'un seul assureur pour tous. Enfin, il faudra parvenir à un accord sur le montant de l'indemnisation et il est difficile en cas de dommage corporel ou moral de déterminer une correspondance en euros tant cela est subjectif.

- En cas de dommage grave, la victime peut envisager la saisine de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) qui est une sorte de gare de triage entre les accidents qui sont la conséquence d'une faute professionnelle et ceux liés à la survenue d'un aléa médical. Dans la première hypothèse, la CRCI orientera la victime vers le ou les assureurs du ou des fautifs, dans la seconde elle transmettra le dossier à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Celui vers qui la victime est ainsi orientée va, dans la plupart des cas, suivre l'avis de la CRCI, mais n'y est pas obligé, notamment s'il estime que l'indemnisation ne lui incombe pas.

- Après l'échec d'une tentative amiable, ou directement, le patient peut mettre en œuvre une procédure judiciaire qui, le plus souvent, va commencer par la désignation d'un expert afin d'éclairer le juge sur l'aspect technique du dossier et se poursuivra par les discussions au fond sur la responsabilité et le montant de l'indemnisation. Le tribunal de grande instance est compétent si les actes ont été réalisés en secteur privé mais le tribunal administratif doit être saisi quand ils ont été délivrés en secteur public. Alors que la procédure administrative oppose un usager au service public hospitalier, ce qui signifie qu'il n'y a pas besoin d'identifier nécessairement un fautif précis, la procédure civile implique l'identification de la personne (physique ou morale) ayant commis la faute à l'origine du dommage ce qui détermine l'assureur qui devra procéder à l'indemnisation. Plusieurs fautifs peuvent être retenus, avec alors un partage de responsabilité entre eux, et donc entre leurs assureurs respectifs.

- **Si la victime a pour objectif d'obtenir la sanction du professionnel :**

Elle pourra déposer une plainte pénale sur la base d'une des infractions habituellement invoquées contre les professionnels de santé : homicide involontaire [article 221-6 du code pénal (CP)], blessures involontaires (art. 222-19 CP), non-assistance à personne en péril (art. 223-6 CP), mise en danger d'autrui (art. 223-1 CP) ou violation du secret professionnel (art. 226-13 CP). Les procédures sont suivies devant le tribunal correctionnel et les peines peuvent prendre la forme d'une amende (que la personne condamnée devra régler elle-même), d'un emprisonnement (avec sursis si l'infraction est involontaire) ou, très exceptionnellement,

d'une interdiction d'exercer.

Indépendamment de toute demande de la victime, l'employeur du professionnel peut prononcer une sanction disciplinaire contre son salarié, dont la gradation va de l'avertissement au licenciement. La procédure à respecter varie selon la structure d'exercice (établissement de santé public ou privé).

Enfin, quand ses structures disciplinaires seront en place, l'Ordre infirmier pourra être saisi de tout manquement à la déontologie professionnelle et prononcer une sanction disciplinaire.

Quelles assurances ?

- Tous les professionnels engagent leur responsabilité pénale et disciplinaire et doivent pouvoir, dans ce cas, être défendus de manière autonome par rapport à leur employeur. C'est la raison pour laquelle ils ont tout intérêt à souscrire une assurance de responsabilité de salarié. Comme la prise en charge de l'indemnisation incombe à l'employeur (sauf quelques rares exceptions), le montant de la prime d'assurance est réduit.

- A l'hôpital public, les professionnels bénéficient du statut d'agent de la fonction publique (loi du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires) dont l'article 11 prévoit : *« Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales. Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui ».*

Ceci signifie que quand une IBODE ou une IADE provoque par sa faute un dommage, il appartient à l'hôpital d'en indemniser la victime. La principale exception à cette règle est la faute détachable du service c'est-à-dire une faute d'une gravité exceptionnelle qui ne peut être rattachée au fonctionnement du service. Cette hypothèse est extrêmement rare mais renforce la nécessité pour l'agent hospitalier de souscrire un contrat responsabilité professionnelle.

- Pour le secteur privé, l'article 1384 du code civil prévoit : *« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ».* Plus précisément, selon l'alinéa 5, les employeurs sont pécuniairement responsables des fautes de leurs salariés dans les fonctions pour lesquelles ils sont employés. Ce texte permet une meilleure garantie d'indemnisation des victimes, les employeurs étant en général plus solvables que leurs salariés... De plus, l'article L. 1142-2 CSP prévoit que *« l'assurance des établissements de santé couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical ».*

Ainsi, les IBODE et les IADE qui doivent pouvoir compter sur la garantie pécuniaire souscrite par leur employeur ont à souscrire un contrat d'assurance intervenant essentiellement pour leur défense pénale et disciplinaire et exceptionnellement en cas de

procédure indemnitaire. Pour cela, il est indispensable d'informer l'assureur de manière précise sur ses conditions d'exercice (et de l'informer immédiatement de tout changement dans celles-ci) afin qu'il propose la couverture la mieux adaptée.

Cas particuliers

- Le cas de l'intérim est complexe notamment quant à la détermination de l'employeur susceptible d'assumer pécuniairement les conséquences de la faute de l'intérimaire. Est-ce la société d'intérim, établissant le bulletin de salaire, ou la structure bénéficiant des services de l'intérimaire ? Devant l'hésitation de la jurisprudence sur cette question et l'incertitude qui en résulte à propos de la couverture par l'assurance de l'employeur, il est conseillé aux intérimaires de souscrire un contrat d'assurance.

- L'étudiant est, comme les professionnels diplômés, responsable pénalement de ses actes, notamment en cas de dommage provoqué pendant ses stages. Sur le plan pécuniaire, il n'est pas certain qu'il puisse compter sur l'assurance de l'Ecole ou du lieu de stage. Ainsi il lui est recommandé de souscrire un contrat d'étudiant qui le garantira pendant sa scolarité pour ce qui est en lien avec celle-ci. Pour les étudiants IADE et IBODE, il ne faut pas trop compter pouvoir invoquer le statut d'élève pour obtenir une limitation, voire une exonération de responsabilité. Le DE d'infirmier et l'expérience antérieure seront pris en compte dans l'appréciation du niveau des responsabilités. Ceci est encore plus vrai pour les étudiants IBODE qui ont travaillé parfois pendant plusieurs années dans des blocs avant de rentrer à l'Ecole.

Conseils ...

- [Qui est compétent pour réaliser l'induction ?](#)
- [Qui surveille le patient au bloc ?](#)
- [Qu'est-ce qu'un médecin pouvant intervenir à tout moment ?](#)
- [Compétences et répartition des tâches en SSPI](#)
- [Un IADE ou un IBODE peut-il exécuter un acte en dépassant ses compétences ?](#)
- [Que faire quand un chirurgien refuse que l'on compte les compresses ?](#)
- [Un aide-soignant a-t-il sa place au bloc ?](#)
- [L'IADE peut-il faire une anesthésie locorégionale \(ALR\) ?](#)
- [Que doit faire l'IADE en l'absence de protocole d'anesthésie ?](#)
- [IADE et transports sanitaires](#)
- [Qui doit vérifier le bon fonctionnement du matériel d'anesthésie à l'ouverture du bloc ?](#)
- [Installation du malade : Qui fait quoi ?](#)
- [IBODE et amplificateur de brillance](#)
- [Traçabilité des activités au bloc opératoire et des dispositifs médicaux stériles](#)
- [Contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation](#)
- [Organisation de l'environnement opératoire : responsabilité de l'IBODE](#)

Qui est compétent pour réaliser l'induction ?

L'article D. 6124-94 du code de la santé publique (CSP) issu du décret du 5 décembre 1994 précise que l'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole mis en œuvre sous la

responsabilité d'un médecin. Le texte ne semble donc pas réserver à ce praticien le geste d'induction en lui-même. C'est ce que confirme l'article R. 4311-12 CSP (article 10 du décret du 11 février 2002) qui prévoit que « *l'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :*

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ».

Si l'IADE peut donc réaliser seule l'induction, c'est à la condition qu'un médecin ait préalablement examiné le patient, qu'un protocole ait été établi et enfin qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. Cette dernière exigence reste assez difficile à appréhender, puisque la réglementation actuelle ne précise pas ce qu'elle signifie exactement. En pratique, on considère généralement que le médecin doit être à portée de voix afin d'être en mesure d'intervenir sans délai.

Par ailleurs, il convient de rechercher quelles sont les pratiques recommandées en la matière. Nous les retrouvons dans les Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé qui précisent que : « *L'IADE aide le médecin anesthésiste-réanimateur dans sa tâche mais ne peut pas entreprendre seul une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie-réanimation* » ainsi que dans celles de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) : « *L'IADE peut, en présence du médecin anesthésiste-réanimateur, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou le protocole établi* ».

A partir du moment où ces recommandations serviront de base à l'expert pour rédiger son rapport, il doit nécessairement en être tenu compte.

Qui surveille le patient au bloc ?

Le décret du 5 décembre 1994 a rendu obligatoires la consultation préanesthésique et la SSPI mais aussi la surveillance permanente peranesthésique. Ainsi l'article D. 6124-94 CSP dispose que « *les moyens... permettent de faire bénéficier le patient :*

1° D'une surveillance clinique continue ;

2° D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu ».

L'article suivant précise que ces moyens « *permettent d'assurer, pour chaque patient, les fonctions suivantes :*

1° Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique ;

2° La surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige ».

Mais se pose alors la question de savoir qui procède à la surveillance du patient pendant l'intervention. Bien que fondamental, ce point n'est pas abordé dans le code de la santé publique. En effet et curieusement, le pouvoir réglementaire n'a pas jugé utile de préciser qui était habilité à assurer cette surveillance, alors même qu'il a expressément prévu les moyens

matériels à mettre en œuvre pour la garantir.

Devant le silence des textes et en cas d'accident, les magistrats et les experts amenés à se prononcer sur les responsabilités pourraient prendre en compte les référentiels rédigés par la SFAR. Sur ce point, les recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie précisait en 1994 que : « *Si le médecin anesthésiste-réanimateur est amené à quitter la salle d'opération, il confie la poursuite de l'anesthésie à un autre médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. S'il la confie à un médecin anesthésiste-réanimateur en formation ou à un(e) infirmier(e) anesthésiste, il reste responsable de l'acte en cours et peut intervenir sans délai* ».

Dans cette dernière hypothèse où le patient est placé sous la surveillance de l'infirmier anesthésiste, les recommandations de la SFAR sur le rôle de l'IADE de janvier 1995 ont à nouveau confirmé que le « *médecin anesthésiste-réanimateur peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie à la condition expresse de rester à proximité immédiate et de pouvoir intervenir sans délai* ».

Dans ces conditions, et à défaut de réponse dans les textes, la pratique semble autoriser que la surveillance du patient soit réalisée par l'IADE, sous réserve de la présence du médecin à proximité immédiate.

Qu'est-ce qu'un médecin pouvant intervenir à tout moment ?

L'article R. 4311-12 CSP pose une condition expresse à l'application des techniques d'anesthésie et de réanimation par l'IADE : un médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir « *intervenir à tout moment* ». Il n'existe aucune définition légale, réglementaire ou jurisprudentielle de cette notion. C'est selon les circonstances propres à chaque affaire, qu'il appréciera souverainement, que le juge sera amené à se prononcer sur le respect ou non des dispositions réglementaires.

Si l'on se doute que l'intervention du médecin doit être rapide, de l'ordre de quelques minutes, on ignore quels sont les critères qui permettront de juger de cette rapidité. Certains indices peuvent être trouvés dans d'autres textes relatifs à l'anesthésie et aux IADE. Ainsi, l'article D. 6124-101 CSP relatif à la surveillance postinterventionnelle rappelle que « *le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai* », terme que l'on retrouve également dans les recommandations de la SFAR de juin 1989-janvier 1994 sur la surveillance du patient anesthésié. Dans d'autres recommandations de janvier 1995 concernant le rôle de l'IADE, la SFAR indique que « *le médecin anesthésiste réanimateur peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie à la condition expresse de rester à proximité immédiate et de pouvoir intervenir sans délai* ».

On peut donc estimer qu'une intervention à tout moment et sans délai suppose la présence effective du médecin anesthésiste à proximité immédiate du lieu où sont pratiqués les actes d'anesthésie pour qu'en cas d'appel, son temps de réaction soit le plus court possible. Ainsi, il semble exclu que le médecin se trouve hors de l'établissement, et ce même s'il est d'astreinte, puisqu'il lui faudrait alors se déplacer depuis son domicile en cas d'appel, ce qui paraît incompatible avec une intervention sans délai.

En revanche, le médecin peut quitter la salle où est pratiquée l'anesthésie et se trouver dans une autre salle du bloc, ou une autre partie de l'établissement, toujours à condition de ne « pas trop » s'éloigner pour rester à proximité immédiate du lieu où sont réalisés les actes d'anesthésie. Mais plus que la distance, l'essentiel est qu'il soit aisément joignable par tous moyens de communication et qu'une fois appelé, il soit au chevet du patient très rapidement. Cela implique que le médecin anesthésiste soit disponible c'est-à-dire qu'il puisse interrompre son activité en cours sans pour autant mettre en danger le patient qu'il était en train de prendre en charge.

Compétences et répartition des tâches en SSPI

Selon l'article D. 6124-101 CSP, « pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance postinterventionnelle comporte en permanence au moins un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible infirmier ou infirmière anesthésiste.

Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale comporte au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier ou infirmière anesthésiste ».

Conformément à l'article R. 4311-12 CSP, l'IADE assure en salle de surveillance postinterventionnelle « les actes relevant des techniques d'anesthésie (...) et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques ». La répartition des tâches au sein de la SSPI est abordée plus précisément dans les recommandations de la SFAR concernant la surveillance et les soins postanesthésiques qui indiquent que le « médecin anesthésiste-réanimateur dirige la surveillance, prescrit le traitement, en particulier l'analgésie postopératoire, assure la liaison avec le chirurgien ou spécialiste ».

Le médecin anesthésiste prend donc l'initiative de la nature et du rythme des actes à réaliser et l'infirmière exécute ces actes sur le plan technique sur la base du protocole retenu par le médecin, dans la limite de ses compétences réglementaires : elle évalue les signes de réveil et recherche les critères d'extubation qui témoignent du retour d'une autonomie ventilatoire, elle reconnaît les accidents susceptibles de se produire et met en œuvre les gestes techniques nécessaires en cas d'atteinte d'une fonction vitale.

Confrontée à une situation d'urgence, l'infirmière doit en informer immédiatement le médecin anesthésiste et solliciter sa présence. En effet, elle demeure en SSPI sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai.

La décision de sortie du patient de SSPI, soit pour un transfert en secteur d'hospitalisation, soit pour un retour à domicile suite à une chirurgie ambulatoire, est du ressort exclusif du médecin anesthésiste, ainsi que l'énonce l'article D. 6124-101 CSP.

Une tenue soigneuse du dossier d'anesthésie est essentielle pour assurer la traçabilité des soins. L'infirmière devra y reporter l'heure d'arrivée et de sortie du patient et les différents paramètres permettant de juger de l'évolution de son état. De son côté, le médecin devra y faire figurer ses prescriptions et la décision d'autorisation de sortie, ainsi que, s'il y a lieu, les modalités du transfert pour le retour en chambre.

Un IADE ou un IBODE peut-il exécuter un acte en dépassant ses compétences ?

Le cas du professionnel confronté à la question du dépassement de compétences n'est pas rare. En effet, nombreux sont les professionnels qui s'interrogent sur les conséquences de tels actes et sur la possibilité d'en refuser l'exécution. La qualité de salarié accentue bien souvent le trouble face aux exigences d'une hiérarchie dont il est le préposé. Le lien de subordination existant ne protège pas le professionnel des risques liés au dépassement de compétences, quelles que soient les directives données ou les circonstances.

Ainsi, un dépassement constitue toujours, en dehors de l'urgence, une transgression fautive - car illégale - des textes réglementant la profession. Outre le risque encouru par le patient du fait des actes réalisés par un professionnel non qualifié, le dépassement engage la responsabilité civile et pénale de celui qui transgresse la loi et peut l'exposer à une condamnation pour exercice illégal et/ou mise en danger d'autrui (art. 223-1 du code pénal). Rappelons que la Cour de Cassation a décidé dans un arrêt du 25 octobre 2004 que l'acte réalisé par un professionnel n'ayant pas les compétences réglementaires requises était nécessairement fautif même s'il aurait été réalisé de la même manière par un professionnel autorisé. Le refus d'exécuter un acte dépassant ses compétences n'est donc pas une possibilité mais un devoir. Prévenir ces situations suppose par conséquent de savoir les détecter et donc de bien connaître la réglementation en vigueur.

Que faire quand un chirurgien refuse que l'on compte les compresses ?

Les bonnes pratiques professionnelles telles qu'enseignées dans les Ecoles d'IBODE prévoient que lors de toute intervention chirurgicale, le compte des compresses utilisées puis récupérées soit établi. Ainsi, il appartient à toute infirmière travaillant dans un bloc de procéder au compte des compresses mises à disposition de l'opérateur ainsi que de celles restant en fin d'intervention. Une absence de compte engage la responsabilité de l'infirmière puisque celui-ci rentre dans sa mission. Outre une trop grande confiance dans le contenu initial des paquets et des erreurs de comptage, il est retrouvé parmi les causes des oublis des défauts de communication entre les équipes lors des interventions de longue durée.

Quand le chirurgien refuse que ce compte soit réalisé, soit pour gagner du temps, soit parce qu'il n'en voit pas l'utilité, l'infirmière doit lui rappeler son désaccord sur cette pratique et noter dans le dossier du patient qu'il n'y a pas eu de compte de compresses à la demande du chirurgien. Si, pour l'intervention suivante, le refus est renouvelé, il convient de suivre la même démarche que celle adoptée pour le premier patient. Par la suite, cette question doit faire l'objet d'un débat, par exemple au conseil de bloc, afin qu'une pratique systématique soit décidée pour le service. Dans certains blocs, les infirmières ont été jusqu'à refuser de donner des compresses en cas de refus de compte, ce qui a certes créé une situation conflictuelle, mais obligé à un règlement rapide de celle-ci.

Un aide-soignant a-t-il sa place au bloc ?

La compétence des aides-soignants est définie par plusieurs textes :

- l'article R. 4311-4 CSP qui prévoit : « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3* » ;
- l'annexe IV de l'arrêté du 22 octobre 2005 définissant le référentiel d'activités des aides-soignants.

La combinaison de ces deux textes limite le rôle aide-soignant aux seuls actes du rôle propre infirmier qui correspondent à une activité limitativement énumérée. Nous pouvons en déduire que l'aide-soignant peut nettoyer le bloc et le matériel s'y trouvant, participer au transfert du patient au bloc, aider à son installation ainsi que de manière plus générale à sa préparation en vue de l'intervention.

L'article R. 4311-11 CSP réserve aux infirmières les tâches à réaliser en peropératoire si bien que la présence de l'aide-soignant pendant le temps opératoire n'est pas justifiée et risque de conduire un jour ou l'autre à un dépassement de compétences de sa part. Les recommandations de l'UNAIBODE sur la place de l'aide-soignant au bloc opératoire vont tout à fait dans ce sens.

L'IADE peut-il faire une anesthésie locorégionale (ALR) ?

La réglementation relative au rôle de l'IADE dans la pratique de l'anesthésie (art. R.4311-12 du C.S.P) n'établit pas de distingo entre l'anesthésie générale et l'ALR :

« *l'infirmier anesthésiste DE est seul habilité (...) à appliquer les techniques suivantes :*

1° - *Anesthésie générale*

2° - *Anesthésie loco-régionale.....* »

Cependant ce deuxième alinéa est complété par « *et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur* »

Cela implique clairement l'interdiction faite à l'IADE d'appliquer une technique d'ALR avec mise en place d'un cathéter. En pratique, cela exclut la majorité des ALR réalisées aujourd'hui.

Restent donc les ALR « single shoot », telle la rachianesthésie, pour lesquelles il convient de rappeler des règles élémentaires mais incontournables :

L'infirmier anesthésiste, comme tout soignant au sens large, est soumis à des règles professionnelles qui imposent de prodiguer des soins dans le respect de la réglementation.

L'IADE ne peut et ne doit appliquer une technique quelle qu'elle soit sans en avoir une pratique régulière, maîtrisée et validée par un médecin anesthésiste réanimateur.

Rappelons ici que pour une ALR à injection unique, le geste technique se confond avec l'anesthésie, acte médical. La supervision du médecin anesthésiste réanimateur est donc impérative, et sa responsabilité totalement engagée pour une telle délégation d'acte.

Enfin, se pose le problème de l'information au patient qui est en droit de savoir qui fait quoi dans sa prise en charge anesthésique.

Que doit faire l'IADE en l'absence de protocole d'anesthésie ?

En anesthésie, le protocole ne s'entend pas au sens infirmier du terme. Il s'agit davantage d'une procédure à mettre en œuvre, suivant la consultation d'anesthésie et la décision par le médecin anesthésiste réanimateur du type d'anesthésie envisagé en fonction du patient et de l'intervention. Le respect du « process » anesthésique défini par le décret du 5 décembre 1994 est la règle. L'IADE, par sa formation supérieure, est donc apte à mettre en œuvre avec le médecin anesthésiste réanimateur, à adapter et à entretenir une anesthésie définie par ce dernier.

Des protocoles peuvent exister localement pour des situations particulières ou d'urgence ; il s'agit le plus souvent d'aides à la décision.

Au quotidien, l'IADE exerce rarement sur protocole d'anesthésie et encore moins sur prescription.

Enfin, dans les situations (heureusement rares) d'urgence vitale et en l'absence du médecin anesthésiste, l'IADE doit mettre en œuvre les mesures conservatoires autorisées par sa formation et sa pratique.

IADE et transports sanitaires

De par sa connaissance et sa pratique des gestes d'urgence et de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, manipulation des appareils de ventilation et de surveillance), l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et dans leur transport intra ou extrahospitalier.

Cet état de fait est consacré dans l'article R 4311-12 CSP qui dispose que les transports sanitaires urgents entre établissements de soins ou du lieu de détresse vers un établissement de santé réalisés dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sont effectués en priorité par l'infirmier anesthésiste.

Cette préférence, qui traduit les qualités de vigilance et de réactivité particulières développées par les IADE du fait de leur participation quotidienne à la pratique de l'anesthésie réanimation, ne doit cependant pas emporter d'autres conséquences qui résulteraient d'une interprétation erronée des différents textes.

En effet, l'article R 4311-10 CSP rappelle que tout infirmier est autorisé à participer à la mise en œuvre des transports sanitaires urgents sous la responsabilité d'un médecin, ce dernier ne devant pas obligatoirement être anesthésiste réanimateur.

D'autre part, l'article R 4311-12 CSP dispose que l'IADE est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer différentes

techniques d'anesthésie et de réanimation.

Les dispositions de ces deux articles, le premier définissant la compétence générale des infirmières, et le second le cadre de l'exclusivité de compétence des IADE, ne sauraient être combinées pour conclure que l'IADE pourrait appliquer en SMUR, sous la responsabilité de n'importe quel médecin, les gestes techniques relevant de sa compétence spécifique en anesthésie réanimation.

En effet, l'article R 4311-12 CSP, contrairement à sa rédaction antérieure qui était sujette à interprétation, fait reposer des gestes techniques réalisables par l'IADE sur le seul médecin anesthésiste réanimateur.

La possibilité pour des médecins d'autres spécialités ou a fortiori pour l'IADE lui même de prendre l'initiative d'une anesthésie dans laquelle l'IADE serait le seul professionnel en anesthésie, doit ainsi être formellement exclue du plan d'organisation des moyens de transports sanitaires.

Rappelons enfin que l'article R 4311-12 CSP prévoit que l'IADE ne peut mettre en cause les techniques qui lui sont spécifiques qu'à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment, ce qui est quelque peu problématique en matière de transports sanitaires...

Précisions sur l'article et réponses aux commentaires 20/10/09

L'article que nous avons mis en ligne ci-dessus à propos de la mission des IADE dans les transports sanitaires a suscité plusieurs [réactions](#), ce qui montre l'intérêt de ce sujet, toujours d'actualité. Certains n'ont pas compris la position que nous avons développée sur la nécessaire présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur pour la mise en œuvre des techniques d'anesthésie lors des interventions des véhicules d'urgence. Ils mentionnent que cette exigence est déconnectée de la pratique quotidienne et qu'elle ferait perdre tout intérêt à la présence des IADE dans les SMUR.

Afin de répondre à ces remarques nous tenons à apporter les précisions suivantes :

- dans l'article « IADE et transports sanitaires » nous avons simplement présenté la réglementation définissant la compétence des IADE et qui exige qu'un « médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment » (article R. 4311-12 du code de la santé publique), ce qui constitue d'ailleurs le centre de la définition des compétences des IADE.

- le fait qu'il est fréquent que les IADE pratiquent des actes d'anesthésie dans les transports sanitaires avec un médecin urgentiste mais non anesthésiste ne saurait justifier, aux yeux des juges, un dépassement des textes applicables. Rappelons que défendre un professionnel qui a dépassé ses compétences légales est particulièrement difficile et peut, par ailleurs, poser des problèmes de couverture de ses actes. Même si l'on considère que la réglementation est « en retard » par rapport aux pratiques et qu'elle doit évoluer, il n'est pas question d'anticiper cette éventuelle évolution car ce sont les textes en vigueur au jour de l'acte qui seront pris en compte.

- la mission de l'IADE dans les transports sanitaires ne se limite pas aux actes d'anesthésie qui constituent au contraire une petite part de cette activité. L'IADE reste l'indispensable collaborateur du médecin urgentiste pour la mise en œuvre des gestes d'urgence et de survie pour lesquels il dispose d'une compétence reconnue.

Conscient de la situation dans laquelle se trouvent certains IADE travaillant dans un SMUR où il leur est demandé de réaliser des anesthésies sans anesthésiste dans le véhicule, nous interrogeons officiellement le ministère de la santé afin de lui demander sa position sur cette question et si une réforme sur le sujet est ou non envisagée. Nous communiquerons les éléments de réponse reçus.

*Germain Decroix, Juriste
Emmanuel Poirier, Juriste*

Qui doit vérifier le bon fonctionnement du matériel d'anesthésie à l'ouverture du bloc ?

Un arrêté du 3 octobre 1995 expose que la vérification du bon état et du bon fonctionnement du matériel et des dispositifs médicaux d'anesthésie doit être organisée selon des modalités qui déterminent pour chaque type de matériel ou de dispositif les qualifications et la formation des personnels chargés de ces vérifications.

Doivent être également spécifiés la nature des opérations et les protocoles retenus pour ces vérifications, que ce soit au début de chaque programme opératoire, ou au début de chaque anesthésie.

Enfin, selon ce texte, « *le médecin anesthésiste réanimateur qui pratique l'anesthésie s'assure avant l'induction de son patient que les vérifications ont été faites selon les modalités prévues au document et que le résultat est satisfaisant. Mention est faite sur un registre contresigné par l'anesthésiste réanimateur* ».

De manière tout à fait explicite, il est ainsi spécifié que c'est le médecin anesthésiste réanimateur qui valide en amont et en aval le bon déroulement de la procédure de vérification du matériel d'anesthésie.

Par ailleurs, si le texte ne précise pas quelle personne peut être chargée de la vérification, il est non moins certain que celle-ci doit avoir la qualification et la formation appropriées. Ainsi, ni l'IDE ni même l'IBODE ne sont réglementairement habilités à procéder à ces vérifications.

Comme le rappelle la SFAR, en février 2001, la qualification de l'IADE répond spécifiquement à cette exigence : « *Son rôle comprend notamment la vérification, la préparation et l'entretien du matériel d'anesthésie, l'exécution de certains gestes sous la direction du médecin anesthésiste réanimateur (...) ainsi que certaines tâches transversales telles que la matériovigilance* ».

L'IADE peut ainsi assister efficacement le médecin anesthésiste réanimateur dans la pratique et dans l'organisation de l'anesthésie, de telle manière que « les fonctions du médecin anesthésiste réanimateur et de l'IADE s'inscrivent en complémentarité et non en substitution de l'une à l'autre ».

En effet, le critère sous-jacent est qu'il doit exister une véritable collaboration entre le

médecin anesthésiste réanimateur et la personne chargée de la vérification. Il ne peut s'agir en aucun cas d'une délégation de tâche technique qui serait effectuée en dehors de la considération pratique de l'acte anesthésique projeté. Seules les personnes qui sont en pratique amenées à se servir de matériel d'anesthésie peuvent et doivent le vérifier préalablement à son utilisation. Ainsi, s'il n'existe pas d'IADE disponible pour procéder à la vérification du matériel d'anesthésie, il appartient alors au médecin anesthésiste de l'effectuer seul.

Installation du malade : Qui fait quoi ?

L'installation du patient au bloc opératoire relève d'une responsabilité partagée entre l'équipe anesthésique et l'équipe chirurgicale.

L'installation proprement dite du patient au bloc ou tout autre site interventionnel prévu est du ressort du praticien et de l'IBODE, à la condition qu'elle ne soit pas incompatible avec l'état du patient.

L'équipe d'anesthésie sera plus spécialement en charge du bon positionnement des membres (risque important pour les plexus nerveux), de la tête et en particulier de la protection oculaire, des points d'appuis et enfin du maintien de l'équilibre thermique.

IBODE et amplificateur de brillance

L'évolution des techniques opératoires nécessite fréquemment d'avoir recours à des matériels d'exploration et d'imagerie complémentaires au cours des interventions.

Si la quasi-totalité des appareils ne justifie pas un titre spécifique de l'opérateur, l'amplificateur de brillance suscite des interrogations de la part des IBODE. En premier lieu, contrairement à d'autres appareils, comme par exemple le bistouri électrique, il ne s'agit pas pour l'IBODE de s'assurer simplement du bon fonctionnement du matériel préalablement à l'intervention et de préparer celui-ci à la main du chirurgien.

En effet, l'amplificateur de brillance, dit aussi amplificateur de luminescence, est utilisé par le chirurgien non pas comme un outil pour réaliser une phase opératoire mais comme un accessoire pour visualiser correctement un élément anatomique ou un résultat dynamique immédiat.

De ce fait, le chirurgien n'utilise pas l'appareil au sens propre mais le résultat de son utilisation par l'opérateur.

L'IBODE qui accepte d'utiliser ce matériel engage donc sa responsabilité alors qu'aucune disposition n'existe à ce sujet dans son décret de compétence.

En second lieu, l'amplificateur de brillance fait partie des matériels de radiologie pour lesquels le législateur n'accorde le droit d'utilisation, outre bien sûr au médecin radiologue, qu'au seul manipulateur en électroradiologie.

En effet l'article L 4351-1 du code de la santé publique dispose :« *Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non médecin, exécute habituellement, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, des actes professionnels d'électroradiologie médicale, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale* »

Il convient d'insister sur le fait que le texte n'entend pas définir le manipulateur en électroradiologie au regard d'un titre ou d'une compétence mais uniquement du fait des actes qu'il pratique.

Ainsi, toute personne, y compris un IBODE, qui pratique des actes professionnels d'électroradiologie, est regardée par le législateur comme exerçant la profession de manipulateur.

Or, le législateur a précisé expressément à l'article L 4353-1 CSP quelles sont les sanctions pénales qui s'attachent à l'exercice illégal de cette profession, c'est-à-dire aux personnes ne répondant pas aux exigences de diplômes ou titres prévus restrictivement par le code de santé publique.

En conclusion, un IBODE sans titre ou diplôme complémentaire ne peut utiliser de manière usuelle un amplificateur de brillance.

En un mot, amplificateur rime avec manipulateur !

Traçabilité des activités au bloc opératoire et des dispositifs médicaux stériles

Pourquoi assurer la traçabilité au bloc opératoire ?

En cas de procédure après un accident de bloc, il sera en tout premier lieu nécessaire de présenter un descriptif extrêmement précis du déroulement des événements afin de déterminer si des fautes ont été commises et si oui, d'en préciser le ou les auteurs. Dans ce domaine, tous les moyens de preuve sont admis mais il est vrai que les documents écrits ont une place prépondérante par la solidité de leur support, leur pérennité, l'identification de leur auteur et la certification de leur source. Certains comptent sur leur mémoire, mais est-ce bien raisonnable ?

Citons à titre d'exemple l'accident de bloc ayant la plus grande fréquence : l'oubli de compresse. La découverte de ce corps étranger est bien souvent tardive, l'intervention remontant parfois à 10, 15 voire 20 ans ! Dans ce type de dossier, il va falloir retrouver si un compte a été fait lors de l'intervention, si oui par qui, quel en a été le résultat et quelle a été l'attitude de l'opérateur à l'annonce du résultat. On imagine bien que la répartition de la responsabilité sera différente selon qu'un compte a été fait ou non, s'il a été présenté comme exact ou non, si le chirurgien a pris la décision d'une exploration du site opératoire avant la fermeture ou d'une radio de contrôle postopératoire ou non. Il n'est pas sérieux de penser régler de manière satisfaisante un tel litige sur la base de vagues souvenirs comme : « d'habitude, pour ce type d'intervention, on comptait les compresses » ou « quand il n'y a rien

de marqué dans le cahier de bloc, c'est que tout était normal ». Cela est d'autant plus regrettable que ce type de litige est susceptible d'être réglé à l'amiable par les assureurs concernés mais à condition d'être en mesure de reconstituer précisément le déroulement des faits.

Les supports de conservation des informations sont en pleine évolution et les outils techniques aujourd'hui disponibles sont non seulement plus simples d'utilisation mais surtout plus fiables, notamment dans le temps. Il est nécessaire en effet de s'assurer que les données colligées pourront être retrouvées à tout moment, même tardivement, ce qui en pratique peut se révéler très délicat. Si le dossier du patient est en général conservé suffisamment longtemps et bien archivé, il n'en est pas toujours de même des autres documents (cahier de bloc, fiche de traçabilité, tableau de présence, programme opératoire...). A propos de ce dernier, nous notons qu'à plusieurs reprises, il n'a été possible de retrouver que le programme prévisionnel et non le programme réellement réalisé ce jour là, ce qui, par exemple, n'a pas permis de savoir où s'est intercalée l'urgence septique qui s'est présentée.

En pratique, il est nécessaire de garder trace de tout ce qui a été réalisé dans le bloc ainsi que des principaux matériels utilisés. Se contenter de produire le protocole en vigueur à l'époque de l'intervention (à condition déjà de l'avoir conservé !) peut se révéler insuffisant, les experts et les magistrats demandant non pas ce qui aurait dû être fait mais ce qui a été réellement fait. Il en va ainsi du protocole d'ouverture de bloc dont les juges ne se satisfont pas car ils savent qu'il n'est pas toujours réalisé en totalité.

Concernant le matériel, il faut avoir une vision raisonnable de la traçabilité et si elle doit porter bien entendu sur tout ce qui est implanté, administré en peropératoire, et, de manière générale, introduit dans le corps du patient, elle ne peut porter sur tout le matériel utilisé, surtout si celui-ci ne comporte pas de code-barres. Il a par exemple été impossible d'identifier la sonde qui s'est rompue lors d'un cathétérisme intracrânien et dont l'extrémité, qui n'a pu être extraite, a provoqué un très important dommage chez le patient ; la responsabilité du fabricant n'a pas pu être recherchée ni la cause de la rupture déterminée.

Au-delà des aspects médico-légaux, la traçabilité permet d'assurer la sécurité des patients, par exemple en retrouvant ceux chez qui un matériel potentiellement défectueux a été implanté, ou en réalisant auprès de l'AFSSAPS les déclarations de matériovigilance avec les références précises du matériel.

Contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation

C'est là une activité essentielle de l'IBODE, particulièrement rompue à la problématique de l'asepsie.

L'article R 4311-11 CSP prévoit que l'IBODE est habilitée à « participer à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ».

Les deux premières étapes ne posent pas de difficulté particulière : comme toute infirmière, l'IBODE a vocation à prendre part, aux côtés des médecins, à l'élaboration de protocoles, et ceux relatifs à la désinfection et la stérilisation entrent tout particulièrement dans son domaine

d'activités. Dans un second temps, elle est évidemment compétente pour mettre en œuvre ces protocoles et procédures.

La question du contrôle de ces procédures est en revanche plus délicate. En effet, au regard de l'article L.5126-5 CSP, il appartient à la pharmacie à usage intérieur d' *« assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L.4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles et d'en assurer la qualité »*.

Le contrôle des procédures de désinfection relève donc de l'autorité du pharmacien et l'infirmière qui y participe agit sous sa responsabilité. C'est ce qu'a rappelé un arrêt du Conseil d'Etat du 3 octobre 2003 n° 244948 : le Conseil d'Etat avait été saisi par un syndicat de pharmaciens qui s'inquiétait de la rédaction de l'article 12 du décret de compétences des infirmiers du 11 février 2002 qui venait de paraître (aujourd'hui codifié à l'article R.4311-11 CSP) et qui reconnaissait à l'IBODE un rôle de contrôle des procédures de désinfection. Le Conseil d'Etat a rappelé que cet article ne faisait que « prévoir la participation des infirmiers à la préparation des dispositifs médicaux stériles et aux procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ; ces dispositions ne méconnaissent pas les prescriptions de l'article L.5126-5 du Code de la Santé Publique définissant le domaine de compétence des responsables des pharmacies à usage intérieur et l'autorité technique qu'ils exercent à l'égard des personnels qui leur apportent leur concours, à raison de leurs compétences ».

En pratique, l'IBODE est amenée à contrôler le respect des règles d'hygiène, tant par le personnel soignant (tenue vestimentaire, traitement des mains, circulation des personnes, etc...) que par le patient lui-même (tenue opératoire, état d'hygiène, etc...).

S'agissant plus spécifiquement des dispositifs médicaux, elle doit en vérifier l'état de stérilité, les procédures et modes opératoires de prétraitement, de désinfection de stérilisation et de maintenance. Pour ce faire, elle peut se trouver en relation avec les agents de maintenance et les ingénieurs biomédicaux.

Cette activité de contrôle des procédures de stérilisation est essentielle pour assurer la sécurité de l'environnement opératoire.

Organisation de l'environnement opératoire : responsabilité de l'IBODE

La perception de l'étendue de la responsabilité de l'IBODE dans l'organisation du bloc opératoire est très variable d'un établissement à l'autre, voire d'une personne à l'autre. Il faut dire que la réponse à cette question va dépendre de l'organisation spécifique de ce bloc ainsi que de la répartition des tâches qui y a été fixée. Ainsi s'il s'agit d'un bloc important disposant d'un cadre, celui-ci va avoir un rôle prépondérant dans l'organisation, sauf à avoir confié des missions spécifiques à une IBODE du service (traçabilité, vigilances, rédaction du tableau, vérification de la mise en œuvre des procédures de stérilisation ou du respect des bonnes pratiques en matière d'hygiène).

De manière générale, et peut être un peu trop générale, l'article R. 4311-11 CSP dispose que :
« *Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :*

- 1) *Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire,*
- 2) *Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés,*
- 3) *Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention,*
- 4) *Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés,*
- 5) *Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés... ».*

Les missions décrites dans ce texte sont extrêmement larges et permettent de redouter que les magistrats ne fassent peser sur l'IBODE le défaut d'organisation de l'environnement opératoire à l'origine de l'accident qui est survenu. Cela est encore plus redoutable quand on constate que ce texte est applicable non seulement aux IBODE mais également à toute IDE travaillant au bloc.

Il rappelle que toute infirmière au bloc doit se sentir concernée par l'organisation et être un acteur actif de la prévention des risques en signalant sans délai tout dysfonctionnement qu'elle constate. Il en est ainsi des incidents affectant le matériel chirurgical (par exemple étincelle au niveau d'un câble de bistouri électrique), de l'utilisation abusive d'un matériel non professionnel (micro-onde pour chauffer le sérum physiologique), du défaut de maintenance préventive du matériel, de mauvaises pratiques récurrentes (refus d'un chirurgien de laisser les infirmières compter les compresses, présence en peropératoire d'aides-soignants auxquels il est demandé de réaliser des actes réservés aux infirmiers, entrées et sorties intempestives du bloc, sutures de la peau par les infirmières...).

En pratique, en cas d'accident, il sera recherché l'existence de précédents dans le bloc et la réaction des témoins à ceux-ci. Celui qui a procédé au signalement d'un événement indésirable, signalement malheureusement resté sans effet, a rempli sa mission, sauf, en cas de situation critique, à avoir à prendre soi-même les mesures d'urgence qui s'imposent.

Evoquer périodiquement le problème, notamment en réunion de service ou lors du conseil de bloc, permet bien souvent d'avancer vers les réformes correctrices. En cas de besoin, le compte-rendu de la réunion pourrait être un moyen de défense très pertinent.

En somme, celui qui est à même de préciser son rôle dans l'organisation du bloc et de démontrer qu'il a entièrement rempli la mission qui lui a été impartie devrait pouvoir se présenter sereinement devant les experts et les magistrats.

L'absence de répartition des tâches ou de personnel en qualité et quantité adaptées, engage la responsabilité de l'établissement, tout comme la persistance d'une situation à risque malgré les signalements réalisés et renouvelés.

Cas pratiques

- [Anesthésie générale par une IADE seule](#)
- [Mauvaise surveillance d'une AG par une IADE](#)
- [Oubli de compresse](#)

Cas pratique : Anesthésie générale par une IADE seule

A la suite d'une gastrectomie pour adénocarcinome réalisée en clinique le 3 janvier 1997, un patient âgé de 41 ans présente une intolérance gastrique. Le 13 janvier, le chirurgien ayant pratiqué l'intervention demande en urgence une fibroscopie au gastroentérologue en raison de la présence d'une stase gastrique. Comme cela se passait habituellement pour cet examen, l'anesthésie générale (AG) sans intubation est réalisée par l'IADE selon un protocole établi par les trois anesthésistes de la clinique dont elle était la salariée, sans présence de l'un d'eux en salle d'endoscopie. L'introduction du fibroscope déclenche une régurgitation importante avec une inhalation bronchique qui provoque une cyanose. L'anesthésiste présent dans l'établissement entreprend les manoeuvres de réanimation mais, transféré en service de réanimation de la clinique puis de l'hôpital, le patient décède 25 jours plus tard.

Ses ayants-droit engagent en février 1997 une procédure civile contre le chirurgien, le gastroentérologue, les anesthésistes et l'IADE, et en janvier 2000 une procédure pénale.

Les experts nommés dans le cadre de la procédure civile concluent à une faute du chirurgien qui a demandé de réaliser la fibroscopie en urgence alors que cet examen ne s'imposait pas ce jour-là et qui n'a prévenu aucun anesthésiste, une faute du gastroentérologue qui n'a pas relu le dossier médical du patient et qui lui non plus n'a prévenu aucun anesthésiste, une faute de l'IADE qui a accepté d'endormir seule le malade, sans consultation préanesthésique, et une faute des trois médecins anesthésistes-réanimateurs qui laissaient l'IADE faire seule les anesthésies pour les fibroscopies avec un simple protocole standard.

En 2002, le tribunal de grande instance a sursis à statuer dans l'attente de l'issue de la procédure pénale, sursis confirmé en 2005.

Sur le plan pénal, le chirurgien, le gastro-entérologue, l'IADE et l'anesthésiste présent au moment des faits ont été mis en examen pour homicide involontaire le 7 juillet 2000. Le chirurgien et l'IADE ont obtenu un non-lieu le 26 juillet 2007, les charges à leur encontre étant insuffisantes, le gastroentérologue et l'anesthésiste ont été renvoyés devant le tribunal correctionnel.

Cas pratique : Mauvaise surveillance d'une AG par une IADE

Un homme de 35 ans est opéré de la cheville droite. En SSPI, à la demande du médecin anesthésiste, l'IADE administre avant le réveil du patient de la morphine dans un but de sédation postopératoire. Il est victime d'un arrêt cardiorespiratoire secondaire à une hypoventilation postanesthésique liée à une imprégnation morphinique persistante [Sufenta® (sufentanil) + morphinique SC] potentialisée par la benzodiazépine. Il reste en état végétatif chronique.

Une procédure est mise en œuvre par la famille.

Pour l'expert, en l'absence de monitoring de la curarisation, on ne peut exclure une curarisation résiduelle. L'insuffisance de surveillance a été un facteur contributif majeur à cette évolution dramatique. Il retient des fautes du médecin anesthésiste :

- imprudence en faisant des réinjections de Sufenta® alors que la pression artérielle et la fréquence cardiaque étaient basses,
- imprécision dans les prescriptions postopératoires, surtout au moment de la première

injection de morphine, sans avoir évalué la douleur,

- absence de consigne écrite de surveillance des paramètres au réveil,
- mauvaise organisation de la SSPI car la programmation opératoire n'a pas tenu compte de la réduction de personnel après 16 h. Cette inadéquation entre activité réglée du bloc et capacité de surveillance en SSPI est de la responsabilité de ceux qui ont programmé le tableau opératoire et ont fait l'emploi du temps du personnel en SSPI (normalement sous la dépendance du médecin anesthésiste).
- autorisation de sortie des patients de SSPI non faite par le médecin anesthésiste.

Il retient des fautes de l'IADE :

- injection de morphine alors que le malade était toujours endormi, sous respirateur et donc, sans possibilité d'évaluer la douleur,
- absence de surveillance du malade après l'avoir extubé et de consigne à l'IDE pour qu'elle le fasse,
- absence de la feuille de surveillance de la SSPI correctement remplie,
- départ de la SSPI de nombreuses fois pour faire sortir les malades et discuter avec les médecins,
- décision de sortie des patients de SSPI sans l'aval des médecins anesthésistes.

Cas pratique : Oubli de compresse

Une jeune fille âgée de 16 ans est hospitalisée le 24 septembre 1997 pour un syndrome abdominal aigu. Une coelioscopie réalisée le lendemain montre une appendicite inflammatoire et un diverticule de Meckel. L'exérèse de l'appendice, très inflammatoire, et l'évacuation d'un kyste hématique de l'ovaire droit sont pratiquées après laparotomie (incision de Pfannenstiel) et le compte de compresses en fin d'intervention est indiqué comme exact sur le bordereau du bloc.

La patiente sort le 4 octobre. Elle est revue en consultation pour des douleurs pelviennes le 26 novembre, l'échographie pelvienne est normale. Elle est revue à nouveau le 1er avril 1998 pour des douleurs de la fosse iliaque gauche et l'échographie pelvienne est normale.

Elle est réhospitalisée en octobre 1998 au CHU pour un syndrome abdominal aigu avec des douleurs de la fosse iliaque droite évoluant depuis 15 jours et des vomissements.

Une radio d'abdomen sans préparation révèle un fil radio-opaque évoquant la présence d'un textilome dans la cavité péritonéale. Une scanographie abdominale confirme la présence de ce textilome en arrière des grands droits.

Le 14 octobre, il est pratiqué l'exérèse d'une masse textile adhérente aux anses grêles et au grand épiploon, baignant dans un liquide puriforme.

La patiente sort le 21, sans séquelles.

A la suite d'une plainte pénale pour blessures involontaires ayant entraîné une incapacité totale inférieure à 3 mois, le chirurgien, l'instrumentiste (IDE) et lapanseuse (IDE) sont mis en examen.

Le rapport d'expertise de mai 2001 indique que : « *La pratique veut qu'en général, lapanseuse donne à l'instrumentiste les compresses sous forme de paquets. Ces paquets sont préparés, soit localement au sein de l'institution hospitalière, soit de manière industrielle. Il*

s'agit de paquets de 5, 10 ou 20 compresses. L'instrumentiste vérifie le compte des compresses reçues en les défaisant et en les séparant. Elle confirme toujours à la panseuse avoir reçu 5, 10, ou 20 compresses et la panseuse note le chiffre. Ces compresses, dépliées ou séparées, sont à la disposition du chirurgien. En règle générale, c'est l'instrumentiste qui les lui donne, mais le chirurgien peut avoir bien sûr l'initiative d'en prendre. Il est de règle que, lorsque le chirurgien utilise une compresse roulée pour la disposer dans un endroit, il l'annonce tout haut de façon à ce que l'instrumentiste ou la panseuse sache qu'il ne faut pas oublier de récupérer cette compresse.

Au fur et à mesure de l'intervention chirurgicale, ces compresses sont jetées par le chirurgien, directement dans un bac prévu à cet effet, mais l'instrumentiste peut, elle-même, en accord avec les habitudes du chirurgien, prendre les compresses et les jeter.

A la fin de l'intervention chirurgicale, c'est la panseuse qui fait le compte des compresses.

D'une part, elle comptabilise celles qui lui restent et qui n'ont pas été données.

L'instrumentiste lui annonce le chiffre des compresses non utilisées par le chirurgien et la panseuse vérifie le nombre de compresses dans le bac. La comptabilisation des compresses utilisées est alors facile.

En règle générale, la panseuse indique le nombre exact de compresses utilisées et porte sur le cahier ce chiffre de compresses. C'est une habitude qui est un peu plus satisfaisante que d'indiquer le mot « exact », ce qui ne permet pas de savoir le nombre de compresses utilisées.

Dans ce dossier, rien ne permet néanmoins de contester qu'une compresse ait été oubliée dans l'abdomen de la patiente puisqu'elle y a été retrouvée roulée.

Cette compresse qui a été retrouvée dans la cavité abdominale n'a pu être mise dans cette cavité que par le chirurgien.

Toutes les hypothèses sont possibles : s'agit-il d'une erreur de compte des compresses ? s'agit-il d'un lot de compresses qui en contenait une supplémentaire ? Il est illusoire de vouloir répondre à ces interrogations à distance.

En revanche, l'examen du dossier ne permet pas de retrouver de dysfonctionnement grave, lors de cette intervention notamment une surcharge de travail pouvant expliquer cette complication. Le fait, non contestable, est qu'à l'occasion de cette intervention, une compresse a été oubliée dans le ventre. Cela constitue un fait de nature à illustrer un manquement à un devoir de prudence et de diligence ».

Le chirurgien, l'instrumentiste et la panseuse sont renvoyés devant le tribunal correctionnel pour blessures involontaires ayant entraîné une incapacité totale de travail de trois mois.

Exercice professionnel : l'engagement de servir dans la fonction publique hospitalière

En contrepartie du financement de sa formation et du paiement des traitements et indemnités versés pendant la durée de cette formation, l'employeur peut-il exiger de son salarié qu'il reste à son service un certain nombre d'années à l'issue de cette formation ?

Pour le secteur privé, il s'agit des clauses de dédit formation et, pour le secteur public, de l'engagement de servir.

Quels sont les textes de référence pour l'engagement de servir?

Il s'agit du décret n°90-319 du 5 avril 1990, modifié par le décret n°2001-164 du 20 février 2001 ; du décret n°91-1301 du 19 décembre 1991 modifié, relatif aux modalités de remboursement des frais de formation d'un agent ayant souscrit un engagement de servir dans

la fonction publique hospitalière et de l'article 100-1 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dont la rédaction est issue de l'article 35 de la Loi n°91-73 du 18 janvier 1991.

Le décret du 5 avril 1990 traite de l'ensemble des actions de formation professionnelle suivies par les agents hospitaliers publics, et distingue :

- les actions de formation professionnelle inscrites dans le plan de formation,
- les actions de formation professionnelle, hors plan de formation.

J'ai signé un engagement de servir avec l'établissement qui m'emploie, ai-je l'obligation de rester à son service ?

Bien souvent les contrats d'engagement de servir mentionnent que l'agent s'engage à rester au service de l'établissement qui l'emploie pendant une durée égale au triple de sa formation dans la limite de cinq ans. En réalité, l'engagement est contracté à l'égard de l'ensemble des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

La signature d'un tel engagement ne crée donc aucun obstacle au changement d'employeur. D'ailleurs, le décret du 19 décembre 1991 prévoit qu'en cas de mutation, chaque établissement qui a remboursé des frais de formation bénéficie à son tour d'un droit à remboursement envers l'établissement d'accueil au prorata du temps d'engagement restant à courir.

J'ai suivi une formation diplômante de deux ans. Quelle est la durée maximum de mon engagement de servir ?

Cinq ans. Le décret du 5 avril 1990, modifié dispose que : *« lorsque, ... l'agent qui a été rémunéré pendant sa formation obtient l'un des certificats ou diplômes..., il est tenu de servir dans un des établissements [relevant de la fonction publique hospitalière] pendant une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans maximum à compter de l'obtention de ce certificat ou diplôme... »*

Cette disposition s'applique aux actions prévues au plan de formation de l'établissement. En revanche, pour le congé de formation professionnelle qui permet aux agents publics de suivre, à leur initiative et à titre individuel, des formations n'appartenant pas au plan de formation de l'établissement employeur, l'article 15 du même décret prévoit un engagement de servir dont la durée est égale au triple de la durée pendant laquelle l'agent a perçu l'indemnité mensuelle forfaitaire.

Mon conjoint va devoir s'établir à plus de 40 kilomètres de notre résidence habituelle pour des raisons professionnelles. J'envisage de solliciter une mutation : quelles sont les conséquences sur l'engagement de servir ?

Les textes prévoient que lorsqu'un agent est amené à travailler pour un autre établissement relevant de la fonction publique hospitalière, un « fonds pour l'emploi hospitalier » peut, dans certaines situations, se substituer à l'établissement d'accueil dans l'obligation de remboursement envers l'établissement d'origine.

Ces situations sont les suivantes :

- agent exerçant sa mobilité à la suite d'une opération de réorganisation le concernant telle que définie à l'article 2 du décret du 20 avril 2001 susvisé ;
- agent appelé à suivre son conjoint astreint à établir sa résidence habituelle en raison de son emploi dans un autre département que celui correspondant à la résidence administrative de l'agent, ou dans un établissement situé à une distance de 40 kilomètres au moins de celle-ci ;
- agent établissant sa résidence habituelle auprès de son conjoint ou d'un enfant à charge placé, en raison de son handicap ou de son état de santé, dans une institution spécifique dont la localisation contraint l'agent à changer de résidence administrative.

J'envisage de solliciter une disponibilité : vais-je devoir rembourser les frais de formation liés à l'engagement de servir que j'ai souscrit ?

Non. Le temps d'engagement restant à courir sera suspendu pendant la durée de la disponibilité et recommencera à courir au retour de l'agent.

Ainsi que l'a souligné le Ministère des Affaires Sociales dans sa circulaire DH/8 A/91 n°24 du 22 avril 1991, « *l'engagement de servir ne fait pas obstacle à une interruption momentanée d'activité (mise en disponibilité, etc....) dans ce cas, il est suspendu jusqu'à la fin de cette interruption et recommencera à courir lorsque l'agent aura repris son activité.* »

Par conséquent, si l'agent public obtient une disponibilité ou un détachement, son établissement d'origine ne peut en aucun cas lui réclamer le remboursement des sommes correspondant au montant des rémunérations qu'il a touchées pendant sa formation, proportionnellement au temps de service effectif restant à accomplir.