E. BALAGNY

Infirmier anesthésiste

Cadre réglementaire, exercice professionnel, responsabilité

Introduction

La France est l'un des rares pays qui possède un corps d'infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation et le seul où il a une exclusivité professionnelle. La formation en 24 mois des infirmiers anesthésistes leur permet de développer un haut niveau de compétence. Ils sont les collaborateurs du médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) et de véritables acteurs du processus anesthésique. L'infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) s'insère dans un double cadre réglementaire, celui directement lié à son statut d'infirmier avec les compétences spécifiques relatives à son grade, et celui qui définit la pratique anesthésique.

La profession d'IADE s'exerce principalement dans trois domaines : les secteurs d'anesthésie, quels que soient le site ou la spécialité, y compris la salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI), le secteur de réanimation et les services mobiles d'urgence ; il participe également à la prise en charge de la douleur.

L'exercice d'IADE comporte des zones d'autonomie pour lesquelles sa responsabilité est pleinement engagée. Le travail en partenariat avec le MAR ne le dégage pas de sa responsabilité juridique.

Cadre réglementaire

Le cadre réglementaire repose sur deux catégories de textes : ceux directement liés au statut et à l'exercice de la profession d'IADE, et ceux se rapportant à la pratique anesthésique et/ou l'activité en rapport avec la formation des IADE.

Textes réglementaires relatifs à l'exercice de la profession d'IADE

Les IADE appartiennent à la profession infirmière dont ils sont issus. Tout texte concernant les infirmiers en soins généraux s'applique à eux.

Le décret n° 88-902 du 30 août 1988 accorde aux IADE une exclusivité d'exercice. Celle-ci est reprise dans *l'article 9 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002* relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier désormais inscrit dans le Code de la santé publique (CSP) sous l'article R. 4311-12 [1] :

« L'infirmier anesthésiste diplômé d'État 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 ;

3° Réanimation postopératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En SSPI, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant de ces techniques. »

L'évolution des textes porte sur la notion de *« en présence du médecin, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment »* [1] dans la nouvelle rédaction. Le législateur a voulu entériner une réalité, interdire aux IADE un exercice isolé et ne pas dédouaner le médecin de sa responsabilité mais permettre au système de fonctionner.

Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 [1] est fondé sur le concept de délégation progressive partant du rôle propre dévolu à tout infirmier ayant un diplôme d'État (DE) jusqu'aux actes à accomplir en présence d'un médecin. Dans ses articles, des limites sont données à l'exercice des infirmiers en soins généraux en référence à l'article R. 4311-12 (IADE). Ainsi l'article R. 4311-7 indique que seule *« la ventilation manuelle au masque »* est acceptée pour les infirmiers en soins généraux, ce qui exclut l'intubation, l'extubation et tout acte qui s'y rapporte.

Les injections de produits dans les cathéters sont autorisées à l'article R. 4311-7-5° b à condition que ces *« produits ne contribuent pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12 »*. Les infirmiers DE ne peuvent donc pas procéder à des réinjections dans un cathéter d'anesthésie locorégionale (ALR) quel que soit le site ou le produit.

Élisabeth Balagny, Directeur d'école d'IA, SNIA, 157, rue Legendre, 75017 Paris.

Actualisation du texte paru dans le Traité d'Anesthésie générale à mises à jour périodiques, dir. B. Dalens, © Arnette, 2001.

« Les infirmiers sont habilités à accomplir sur prescription les soins et la surveillance des patients opérés au décours d'intervention sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12. » Il est sous-entendu dans l'article R. 4311-9-8° que les infirmiers DE ne peuvent prendre en charge en post-opératoire immédiat qu'un patient ayant recouvré ses grandes fonctions vitales et parfaitement conscient. La présence d'au moins 1 IADE en SSPI est de ce fait implicite.

L'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État [2] d'infirmier anesthésiste (créé par le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 [3]) fixe :

– les conditions d'agrément et de fonctionnement des écoles ;
– les conditions d'admission des élèves ;
– le programme et l'organisation des études ;
– les conditions de délivrance du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste.

Le contenu détaillé de ce programme sert de référence concernant les actes que peuvent réaliser les IADE et le savoir dispensé sur lequel ceux-ci reposent.

Les écoles répondent aux besoins d'une région. Un directeur infirmier anesthésiste gère l'école, et un directeur scientifique, professeur des universités, praticien hospitalier est responsable des enseignements et de la qualité des intervenants.

Le cursus pour devenir IADE est long. Il comporte 3 étapes : les études d'infirmier durant 40 mois, un exercice professionnel de 24 mois au minimum et les études d'infirmier anesthésiste de 24 mois pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste. Ainsi, la durée minimale du parcours de formation est de 88 mois, soit 7 ans et 2 mois.

Ce cursus présente de nombreux avantages. Les IADE sont des infirmiers DE ; ils en possèdent toutes les compétences. Ils ont un vécu, une expérience professionnelle et une connaissance du milieu hospitalier. La formation d'IADE est un choix qui s'inscrit dans un projet professionnel, d'où la motivation des étudiants. L'âge d'entrée dans les écoles est en moyenne de 30 ans. Ce sont des adultes matures ; cela a pour conséquence une grande stabilité de la population d'IADE en cours d'exercice.

L'existence d'un programme et d'un diplôme national confère une homogénéité de qualification.

Infirmiers anesthésistes issus de l'UE et de l'EEE

L'accès à la profession pour les infirmiers anesthésistes ressortissants de l'Union européenne (UE) et des pays membres sur l'Accord de l'Espace économique européen (EEE) est possible. Ces ressortissants doivent présenter un dossier devant une commission spéciale de la DRASS de leur choix. Selon le niveau d'études et d'exercice de la profession, le candidat peut être récusé, admis de plein droit, ou devoir faire un stage ou un complément de formation. Très peu de pays répondent aux normes françaises. Si la procédure n'est pas respectée ou si la personne n'a pas obtenu le droit d'exercer, son emploi est illégal et peut être sévèrement puni par les tribunaux pour mise en danger des patients par personne n'ayant pas la compétence [4-6].

Textes relatifs à la pratique anesthésique

Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, intégré dans le CSP [7], relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie indique, en son *article D. 712-43 : « L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur en tenant compte des résultats de la visite pré-anesthésique... »*.

L'article D. 712-40 stipule que l'anesthésie est pratiquée sous la responsabilité d'un MAR mais n'impose pas que ce soit lui-même qui la réalise. L'IADE est formé à la préparation du site d'anesthésie et à la surveillance clinique continue d'un patient anesthésié. Il possède la maîtrise de tous les appareils d'anesthésie et est apte à prendre en charge une part importante de la procédure.

Dans ses recommandations, *la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR)* [8] indique que *« 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... »*.

Dans ses recommandations, *le Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA)* [9] reprend les textes relatifs à la préparation du site d'anesthésie et fait obligation à l'IADE d'accueillir le patient, recommande de ne procéder à l'anesthésie d'un patient que si un médecin anesthésiste peut se rendre disponible. L'IADE qui accompagne un patient en SSPI procède au premier contrôle des paramètres physiologiques. Il confie le patient à une personne ayant compétence pour poursuivre les soins, surtout si le patient est encore ventilé. Il est précisé que l'IADE de SSPI doit être exclusivement affecté à ce site [9] et assurer une présence permanente.

L'article D. 712-45 du CSP indique que *« la surveillance continue postinterventionnelle mentionnée 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 »* [7]. L'examen des textes de la profession d'IADE [1, 2] montre que ce dernier est seul habilité à assurer cette surveillance et à pratiquer les actes relevant des techniques d'anesthésie.

La circulaire DGS/3A/431/4B du 27 juin 1985 relative à la sécurité des malades anesthésiés [10] impose *« la présence d'au moins un infirmier anesthésiste en salle de réveil »*. Les recommandations de la SFAR précisent que *« la présence d'un IADE en salle de surveillance postinterventionnelle est recommandée »* [11].

Exercice professionnel

IADE en secteur d'anesthésie

L'approche systémique fait de l'anesthésie un processus complexe qui commence à la consultation d'anesthésie et se termine à la sortie du malade de la SSPI. L'IADE est, dans cette approche, un des acteurs du système. Le rôle de l'IADE

en secteur d'anesthésie comporte des actes relevant de sa spécificité infirmière et d'autres en coordination avec le MAR.

Rôle propre de l'IADE

Il s'agit d'un ensemble de tâches qui engagent directement sa *responsabilité* [12].

Fonction de gestion

L'IADE a des fonctions de gestion dans plusieurs domaines :

– gestion du petit matériel, réapprovisionnement journalier de la salle d'opération, gestion du stock au niveau du bloc opératoire (commande, organisation du rangement, vérification de la qualité...), constitution d'unités ou de kits de travail... ;

– gestion des médicaments et plus particulièrement de ceux soumis à la réglementation sur les substances vénéneuses.

Fonction de maintenance, entretien, contrôle

Les IADE assurent en particulier des actions de maintenance, détection des dysfonctionnements, résolution des pannes, changement des accessoires, maintenance de routine, nettoyage, désinfection, décontamination, stérilisation. L'IADE peut déléguer à un aide-soignant formé une partie de ces tâches. Il en conserve la *responsabilité* et en assure le contrôle.

Préparation du site d'anesthésie

L'IADE procède au contrôle préopératoire des équipements à l'aide de la fiche d'ouverture de salle. Il prépare les médicaments selon le protocole. Ces tâches relèvent de son rôle propre, elles engagent sa *responsabilité* [9, 12, 13].

Fonction d'organisation des sites opératoires

En collaboration avec les différents professionnels au bloc opératoire, médecins anesthésistes-réanimateurs, aides-soignants d'anesthésie et cadres de la spécialité, les IADE contribuent à l'optimisation des locaux, à la rationalisation du travail et à la répartition de la charge de travail...

Gestion des produits sanguins

L'IADE participe dans certains établissements à la gestion d'un dépôt de sang en respectant la réglementation qui s'applique à la distribution des produits sanguins.

Activité anesthésique

L'IADE travaille en équipe avec le MAR. Il met en œuvre le protocole d'anesthésie défini lors de la consultation d'anesthésie. Le seuil de sa participation varie selon l'importance des actes d'anesthésie et de chirurgie [9, 11].

Période anesthésique

Au cours de sa formation, l'IADE acquiert la maîtrise des gestes techniques, les connaissances pharmacologiques et physiologiques relatives aux *anesthésies générales*. Cela lui permet de réagir face aux différentes situations. L'IADE doit informer le médecin de la survenue de toute anomalie [9, 11].

Concernant les ALR, l'enseignement dispensé dans les écoles comprend la connaissance du matériel, la pharmacologie des différents médicaments, la surveillance, le dépistage des complications et leur traitement. Seul le geste n'est pas officiellement enseigné. Il est à noter qu'un certain nombre d'IADE pratique des rachianesthésies, différents blocs périphériques et les ALR intraveineuses. Certains médecins anesthésistes-réanimateurs considèrent que cette délégation relève exclusivement du domaine de leur responsabilité personnelle à partir du moment où ils ont enseigné et validé la pratique.

La place de l'IADE au cours de cette période tend à évoluer avec la nouvelle *classification commune des actes médicaux (CCAM)*. Les actes d'anesthésie sont classés selon 2 listes : la *liste 1* exige la présence permanente du médecin anesthésiste pendant toute l'intervention, et la *liste 2* concerne les actes que le MAR peut superviser (2 patients maximum en même temps). Ainsi le président de la SFAR propose le schéma suivant [14] :

« Au total, 2 types d'équipes anesthésiques devant réaliser l'anesthésie en salle peuvent être envisagées :

– 1 médecin et 1 IADE pour les actes de liste 1 ;

– 1 médecin supervisant 2 salles avec 1 IADE par salle dans la liste 2. »

La SSPI

La prise en charge de patients en SSPI ne peut être dissociée de la procédure anesthésique. Seuls les IADE ont la compétence en ce qui concerne la prise en charge du réveil anesthésique. La présence d'au moins 1 IADE est une obligation. La SFAR indique que la présence d'au moins 1 IADE est souhaitable en SSPI [1, 11].

Selon la structure et l'importance de la SSPI, le rôle de l'IADE varie. Dans les grandes unités centralisées où un médecin est présent en permanence, l'IADE assure la surveillance et pratique les gestes liés à l'anesthésie. Il a un rôle d'encadrement des autres personnels. Dans les SSPI de petites dimensions, jouxtant le bloc opératoire et sans permanence médicale, l'IADE est seul apte à garantir la sécurité du patient en phase de réveil. Quel que soit le contexte, l'IADE en charge du patient fait une transmission et veille à ce que tous les éléments de surveillance postanesthésique soient mis en œuvre [9].

Participation à l'élaboration de procédures et de protocoles

Protocole et procédures d'hygiène

L'IADE travaille souvent au sein du comité de lutte contre les infections nosocomiales. Dans ce domaine, il a un rôle d'instigateur pour la rédaction des protocoles d'hygiène dans le service. Il veille au respect des règles de prévention des infections à l'égard des malades et des personnels soignants.

Procédures de vigilances

Dans tous les textes relatifs aux vigilances, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, il est précisé que *« tout*

médecin..., infirmier..., qui constate un incident ou accident dû ou susceptible d'être dû à... a l'obligation de le déclarer ». La *responsabilité* des IADE est engagée au même titre que celle de tout autre soignant [13, 15].

Hémovigilance

L'IADE est directement concerné par les procédures d'hémovigilance. Il assure souvent la transfusion en période périopératoire. Le cadre ou un IADE du service d'anesthésie est généralement membre du comité local de sécurité transfusionnelle.

Matériovigilance

Du fait de sa connaissance des équipements anesthésiques, des risques majeurs encourus par les pannes et les dysfonctionnements des appareils, l'IADE a une *responsabilité* propre dans la mise en œuvre des procédures de matériovigilance.

Encadrement des étudiants

L'article L. 473 du CSP, donnant la définition de l'infirmier, fait obligation de transmettre son savoir à ses pairs. La formation des IADE est une formation en alternance. Cela entraîne une *coresponsabilité* du secteur hospitalier et du secteur pédagogique dans la production de compétences des étudiants. L'IADE a la charge de la formation pratique, du savoir-faire et du savoir-être. Sa *responsabilité* dans ce domaine est engagée. L'IADE doit évaluer avec le MAR l'étudiant en stage. *« La fiche d'évaluation permet une appréciation de l'élève quant à ses connaissances en anesthésie-réanimation, son comportement, son assiduité et ses capacités professionnelles »* [2].

Participation aux travaux de recherche

Outre sa participation aux protocoles de recherche menés par le médecin anesthésiste, l'IADE peut développer des travaux nécessaires à l'évolution de sa pratique.

IADE en unité de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale

L'emploi exclusif d'IADE dans ce secteur représenterait un coût social important du fait de la durée des études et des rémunérations. Il est souhaitable de conserver des services de haute technicité aux infirmiers diplômés d'État. Par ailleurs, une présence limitée d'IADE peut apporter un complément de compétence. *La circulaire DH/SD3/88-240 du 23 mars 1988* recommande que les postes d'encadrement soient occupés préférentiellement par des cadres issus du corps IADE [16].

L'IADE en réanimation est un cadre technique, responsable de soins. Il peut pratiquer des soins avancés. Sa formation et son expérience lui permettent de répondre aux situations d'urgence. Il assure la formation aux différentes techniques du personnel nouvellement recruté, favorise l'élaboration des protocoles de soins et de référentiels. La gestion du parc de matériels (entretien, stérilisation), l'application des procédures de matériovigilance relèvent de sa compétence. Il est garant de la qualité des soins. Il est spécialement habilité à assurer les transferts intrahospitaliers des malades graves [11].

Ce cadre technique ne se confond pas nécessairement avec le cadre administratif [9].

IADE et services d'urgence

Une séquence théorique de formation est consacrée à l'accueil des urgences, à la surveillance et aux soins des malades graves au cours de leur transport. Un stage de 4 à 8 semaines en service mobile d'urgence est obligatoire. Un certain nombre de permanences est consacré à l'accueil des urgences [2].

Dans *le décret n° 97-620 du 30 mai 1997* relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation [17], il est stipulé à *l'article D. 712-71 du CSP* que *« pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cet équipage comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier ».* Or, seul l'IADE reçoit une formation spécifique de longue durée dans le domaine de l'urgence. Lors de certaines interventions, des sédations, voire de vraies anesthésies générales ou locorégionales sont pratiquées. La présence d'IADE serait indispensable.

IADE et prise en charge de la douleur

Les connaissances en pharmacologie et la formation de l'IADE en font l'un des acteurs privilégiés au sein d'une équipe pluridisciplinaire de clinique de la douleur. Il met en œuvre en fin d'intervention ou en SSPI les protocoles d'analgésie postopératoire et assure la transmission aux équipes soignantes [18]. L'IADE participe avec le médecin anesthésiste à l'analgésie obstétricale. Il est, dans ce cas, le seul infirmier habilité à procéder aux réinjections dans les cathéters de péridurale [1].

Démographie

La population d'IADE comprend 32 % d'hommes alors qu'ils représentent seulement 10 % de la population IDE (infirmiers diplômés d'État). Les IADE travaillent majoritairement dans le secteur public (CHU : 31 %, CHG : 49 %) ; ils sont seulement 20 % dans le secteur privé tous employeurs confondus. Tous ou presque travaillent en secteur d'anesthésie associé ou non à la surveillance de SSPI et parfois en rotation avec le service mobile d'urgence. Il est à noter un net vieillissement de la population. Une étude démographique diligentée par le ministère de la Santé montre qu'en 2015, 49 % des IADE actuellement en exercice auront quitté la profession. La capacité de remplacement de ces départs est insuffisante pour les couvrir et maintenir à effectif constant les IADE actuellement en activité. La capacité de formation des écoles ne permet pas d'envisager une augmentation

significative des étudiants en formation, et les ressources de l'UE et de l'EEE sont faibles sur la base des compétences requises pour l'exercice en France [19, 20, 21].

Responsabilité juridique de l'IADE

Cadre général de la responsabilité de l'IADE

La responsabilité de l'IADE dépend du secteur dans lequel il travaille, du type de contrat qui le lie avec l'employeur et de la nature du recours qui est fait par le plaignant.

L'IADE engage sa *responsabilité* en cas de faute dans l'exécution d'un soin ou d'une technique, de défaut de surveillance et de maintenance de matériel, de non-respect du protocole ou de prescription médicale et de réalisation de soins techniques ne relevant pas de sa compétence. Cependant, l'IADE a le devoir de refuser d'exécuter un soin ou d'administrer un médicament qu'il juge incompatible avec l'état du patient.

En cas d'accident, *« l'infirmier anesthésiste ne pourra pas s'exonérer de responsabilité en invoquant des conditions anormales de travail qu'il n'aura pas clairement dénoncées. La passivité est fautive car elle maintient le risque pour le patient »* [9, 12].

La coresponsabilité avec le médecin anesthésiste peut, selon les circonstances, être recherchée du fait de la mise en insécurité du malade.

Responsabilité civile

Établissements hospitaliers publics

Le service d'anesthésie d'un hôpital public constitue un centre de responsabilité où cohabitent deux populations, une médicale, une soignante, qui ont chacune leur propre filière hiérarchique. Les IADE sont par leur cadre rattachés à la direction des soins infirmiers et dépendent entièrement de l'administration qui les emploie. Ils appartiennent au corps des IADE défini dans le statut de la fonction publique hospitalière.

À l'exception des fautes détachables du service, l'établissement hospitalier public doit la protection à ses agents ; l'hôpital ou son assureur prend en charge l'indemnisation du dommage prononcée par les tribunaux civils [22]. L'établissement peut, à l'encontre de son agent, prendre une mesure disciplinaire et/ou engager une action récursoire pour remboursement de tout ou partie de la somme versée. Ce dernier type d'action n'a quasiment jamais été engagé dans le passé.

Établissements privés

Secteur privé à but non lucratif participant au service public hospitalier

Les conventions collectives de ces établissements sont de droit privé même si elles se rapprochent du statut de la fonction publique hospitalière.

Secteur privé à but lucratif

L'IADE est employé sur la base d'un contrat de travail qui tient compte de la convention collective et des modalités spécifiques de son activité.

Le MAR employeur

Un contrat simple, dont le contenu est défini bilatéralement, lie l'IADE et l'employeur. Le MAR est, en cas d'accident, impliqué de fait en tant qu'employeur et sa responsabilité civile propre est engagée à ce titre quelle que soit la nature de l'incident ou de l'accident.

Dans le secteur privé comme dans le secteur public, c'est le commettant ou son assureur qui prend en charge l'indemnisation de la victime, sauf en cas de faute intentionnelle. Le secteur privé est soumis, concernant la responsabilité civile, à la responsabilité du fait d'être employeur, ce qui le conduit à prendre en charge les indemnisations prononcées par les tribunaux civils.

Responsabilité pénale

L'IADE peut être personnellement poursuivi sur le plan pénal, quel que soit le type d'établissement où il travaille ; il devra assumer lui-même la sanction pénale (amende et/ou peine d'emprisonnement avec ou sans sursis).

La sécurité est aujourd'hui le maître mot de la responsabilité professionnelle. Le juge considère que, dans ce domaine, les IADE ont des zones d'autonomie qui engagent directement leur *responsabilité*, la surveillance en SSPI particulièrement. La conduite de l'anesthésie proprement dite relève de la responsabilité de celui qui la met en œuvre. Chacun, dans le droit français, est responsable des actes qu'il a accomplis [12].

Assurance professionnelle

L'IADE doit impérativement souscrire une assurance professionnelle en responsabilité civile et protection juridique. La protection juridique peut lui permettre aussi d'engager un recours à l'encontre de son administration en cas d'abus de pouvoir ou de non-respect de la réglementation en vigueur en milieu professionnel.

Éthique

Dans ses recommandations, le SNIA a inscrit des règles d'éthique et de déontologie. À l'égard des patients, entre autres : respect des valeurs..., il est clairement précisé que *« l'IADE doit dénoncer auprès de l'autorité administrative responsable de l'établissement toute situation qui pourrait comporter un risque pour le patient et nuire à sa sécurité ou porter atteinte à son intégrité morale et physique »*. Il ne peut exercer sa pratique professionnelle que sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste. Il s'engage à développer les valeurs professionnelles, à favoriser un climat serein dans le cadre du travail et, en cas de conflit, à rechercher l'arbitrage le plus approprié afin que les patients n'aient pas à souffrir de la situation, à promouvoir la profession [9].

Conclusion

Le titre et la fonction d'IADE relèvent d'une spécialisation de la profession infirmière. L'exercice professionnel est réglementé.

L'activité de l'IADE comprend une zone d'autonomie et de collaboration avec le MAR pour tous les actes techniques et de soins. Au cours du processus anesthésique, l'IADE met en œuvre tous les matériels et éléments qui concourent à la sécurité du malade. L'IADE pratique les actes techniques de soins et la surveillance qui conduisent à la réalisation de l'anesthésie.

Dans les SMUR (Services mobiles d'urgence et de réanimation), il participe, au sein des équipages, aux interventions qui requièrent des actes de réanimation, renforçant ainsi la qualité de la prestation. Il a un rôle d'enseignement vis-à-vis des étudiants.

L'IADE a un rôle propre dont il est le seul à répondre sur le plan judiciaire. Il engage sa responsabilité tout au long de la réalisation de l'acte d'anesthésie ou de soins dans le secteur d'activité où il exerce. Selon la nature du recours formulé par la victime ou ses ayants droit, l'IADE peut être assigné devant les tribunaux civils ou pénaux. ■

RÉFÉRENCES

1 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *JO* n° 40 du 16 février 2002. Inscrit au Code de la santé publique, D. n° 2004-802.

2 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste. *JO* du 2 février 2002.

3 Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Ministre délégué à la Santé. Décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation.

4 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 2000-341 du 13 avril 2000 relatif à l'autorisation d'exercer le profession d'infirmier et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : Décret en Conseil d'État). *JO* du 20 avril 2000.

5 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Arrêté du 13 avril 2000 relatif à l'autorisation d'exercer la profession d'infirmier. *JO* du 20 avril 2000.

6 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire DGS/PS3 du 4 juillet 2000 relative à l'application du décret n° 2000-341 du 13 avril 2000 et de l'arrêté du 13 avril 2000 relatif à l'autorisation d'exercer la profession d'infirmier. Texte non paru au *JO*.

7 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique.

8 Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations concernant la surveillance et les soins post-anesthésiques. Septembre 1994.

9 Syndicat national des infirmiers anesthésistes. Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Mai 2002.

10 Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Circulaire DGS/3A/431/4B du 27 juin 1985 relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires hospitaliers publics et privés.

11 Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'État. Janvier 1995.

12 Decroix G. La responsabilité professionnelle de l'infirmier anesthésiste. Bibliothèque des infirmiers anesthésistes. Paris: Arnette, 1999: 43-46.

13 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du Code de la santé publique.

14 Marty J. L'équipe d'anesthésie-réanimation : un compromis nécessaire entre ressources et sécurité. *Vigilance* n° 2. SFAR, publication interne. Avril 2005.

15 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Décret n° 94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance, pris en application de l'article L. 662-12 du Code de la santé publique.

16 Ministère de la Solidarité et de la Protection sociale. Circulaire DH/SD3/88-240 du 23 mars 1988 relative au statut particulier de certains agents des services médicaux d'hospitalisation publique.

17 Ministère du Travail et des Affaires sociales. Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pouvant être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le Code de la santé publique.

18 Ministère du Travail et des Affaires sociales. Circulaire DGS/SO2/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.

19 Ministère de la Santé. Mission « Démographie des professions de santé ». Novembre 2002.

20 Balagny E. La démographie des infirmiers anesthésistes en France. *Bulletin du SNIA* n° 164. Février 2004.

21 SNIA. Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers anesthésistes. *Oxymag* n° 63. Avril 2002. Éditions Masson. Tiré à part.

22 Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. *JO* du 14 juillet 1983.