

Ecole d'infirmiers anesthésistes

CANDAS Jérémie

L'infirmier anesthésiste salarié d'une
société civile professionnelle

Travail d'Intérêt Professionnel pour le Diplôme d'Etat d'Infirmier
Anesthésiste

Promotion 2006-2008

Centre Hospitalier Régional et Universitaire de LILLE

Remerciements	3
Introduction	5
1- Démographie et pratiques déclarées.....	7
1.1- Les permanences	7
1.2- Présence du médecin anesthésiste pendant le déroulement de l'anesthésie	8
1.2.1- L'induction anesthésique.....	8
1.2.2- L'entretien anesthésique.....	9
1.2.3- Le réveil anesthésique.....	10
1.3- La disponibilité médicale.....	11
1.4- Les pratiques déclarées des anesthésies locorégionales	11
2- Le contrat de travail	13
2.1- Législation	13
2.2- Particularités du contrat à durée déterminée	14
3- Le droit des sociétés.....	15
3.1- La société anonyme.....	15
3.2- La société anonyme à responsabilité limitée.....	15
3.3- La société civile de moyens	15
3.4- La société civile professionnelle.....	16
3.5- La société d'exercice libéral	16
3.6- La société en nom collectif	17
4- La responsabilité de l'IADE	18
4.1- La responsabilité disciplinaire.....	19
4.2- La responsabilité civile et administrative	19
4.3- La responsabilité pénale	19
Méthodologie d'enquête	21
1- Objectifs de l'enquête.....	21
2- Outil de l'enquête (Annexe N°1)	21
3- Réalisation et durée	22
4- Ses limites.....	22
Analyse.....	23
1- Répartition géographique des sondés.....	23
2- Identité socioprofessionnelle	24
3- Structure juridique et activité de l'employeur :	26
4- L'entrée dans la société	28
5- Le contrat de travail	28
5.1- La responsabilité civile professionnelle :	30
5.2- La rémunération et la négociation salariale :.....	31
6- L'exercice professionnel en pratique.....	32
6.1- Les rapports inter-professionnels.....	32
6.2- La sécurité, les moyens	33
6.3- La présence du MAR lors des différents temps de l'anesthésie.....	35
6.4- Les pratiques déclarées.....	38
7- Le ressenti des IADE salariés.....	41
Conclusion	46
Bibliographie.....	47
Annexes	49

Remerciements

A Mme BOUDIGUET, directrice de l'école d'infirmiers anesthésistes du CHRU de Lille pour ses conseils et orientations ayant guidé ce travail.

A Mme LEFEVBRE, cadre pédagogique infirmière anesthésiste à l'école d'infirmiers anesthésistes du CHRU de Lille pour son écoute et ses conseils

A Mr DELAHAYE Francis, IADE, président de l'Association Nordiste des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat pour nos discussions animées sur la responsabilité de l'IADE

A Mr ALLAIN Olivier, IADE, promotion 2005-2007, dont le travail de fin d'étude d'une qualité exceptionnelle a été pour moi un exemple

A Mr DARDE Maxime, IADE, webmestre et administrateur du site Internet www.laryngo.com, pour avoir créé et entretenu un espace Internet m'ayant permis de diffuser largement mon enquête auprès de professionnels.

A tous les IADE ayant pris le temps de répondre à cette enquête et m'ayant permis d'avancer dans ma réflexion.

A ma femme Corinne, mes enfants, Léa et Antoine, pour leur patience durant ces deux années de formation.

Découvrir consiste à voir comme tout le monde mais à réfléchir comme personne

Albert Szent Györgyi

Biochimiste hongrois, Nobel de médecine 1937

Infirmier diplômé d'état depuis le printemps 2002, mon expérience s'est basée sur une grande variété de services intra ou extrahospitaliers : Mon exercice d'intérimaire m'apportait cette formidable liberté que de supprimer toute routine en me permettant d'appuyer mes connaissances sur des pratiques hétérogènes.

C'est au court d'une de ces missions d'intérim en salle de soin posts-interventionnels que je fis ma première rencontre avec un professionnel infirmier anesthésiste. Un premier temps d'observation a vite fait suite à de nombreuses questions sur le travail de l'IADE, jusqu'à aborder les conditions de travail.

Dans un premier temps, je pensais l'IADE systématiquement salarié d'un établissement, qu'il soit public ou privé. Mes certitudes se sont effacées au cours d'une pause déjeuner où l'IADE m'expliquait être salarié de la SCP, la société civile professionnelle des médecins anesthésistes, et n'avoir aucun rapport avec la clinique par elle-même...

IADE dans quelques mois et n'ayant aucune obligation envers un quelconque établissement, je serais amené à effectuer divers remplacements, voir à travailler à mon tour dans cette structure au cadre juridique particulier. C'est cette méconnaissance du statut et des conditions de travail de l'IADE salarié d'une société civile qui m'a amené à me pencher sur cette recherche dans le cadre de mon travail d'intérêt professionnel.

Dans un premier temps nous nous pencherons rapidement sur la démographie IADE et les pratiques déclarées, puis sur le droit français, particulièrement le droit du travail et le contrat de travail, obligatoire dans ce mode d'exercice. Le droit des sociétés permettra également de clarifier quelles sont les structures permettant aux anesthésistes réanimateurs de travailler ensemble dans un cadre libéral et à y embaucher directement leurs infirmiers anesthésistes. La responsabilité de l'IADE et l'Assurance Responsabilité Civile Professionnelle seront également évoquées puisque, nous le verrons, celle-ci est indispensable dans bien des cas.

Dans une seconde partie, j'essaierais de clarifier la pratique de cette particularité d'exercice, comment est-elle vécue par les IADE embauchés, à l'aide d'une enquête réalisée auprès de professionnels en exercice ou ayant exercé.

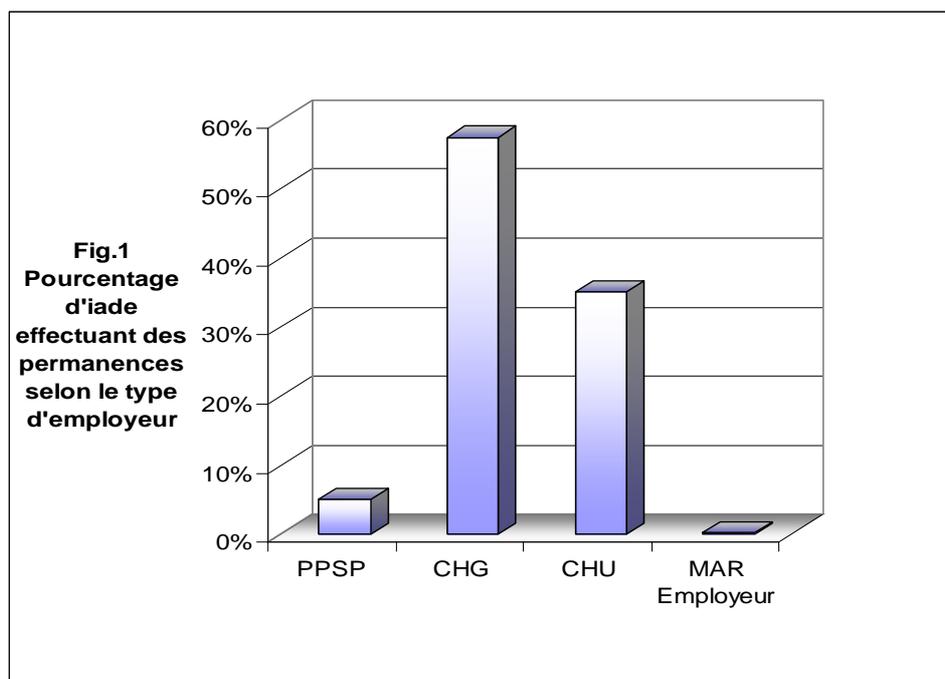
1- Démographie et pratiques déclarées

Lors de la dernière enquête SNIA¹ datée de fin 2001, on comptait 7380 IADE² en exercice en France. Parmi eux, 1500 étaient salariés du secteur privé, dont 590 salariés des médecins anesthésistes réanimateurs³.

Cette enquête ne se limitait pas qu'à une simple énumération, puisqu'il s'agissait d'une enquête de pratiques déclarées. On constate des différences notables chez les infirmiers anesthésistes salariés des médecins anesthésistes réanimateurs comparativement à leurs collègues salariés d'établissements privés ou publics.

1.1- Les permanences

Réponse à l'obligation d'accueil et de traitement des urgences, les IADE des secteurs publics assurent des permanences pour 57,45% d'entre eux en CHG⁴ et 35,08% en CHU⁵. En secteur privé participant au service public, ils ne sont plus que 5%, tandis que chez les IADE MAR⁶ employeurs, 0,2%. (Fig.1) Ces résultats sont à rapprocher d'une activité presque exclusivement programmée des structures privées, sans obligation d'accueil et traitement des urgences.



¹ Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes
² Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
³ Enquête SNIA oxymag 63, avril 2002, Thierry Faucon
⁴ Centre Hospitalier Général
⁵ Centre Hospitalier Universitaire
⁶ Médecin Anesthésiste Réanimateur

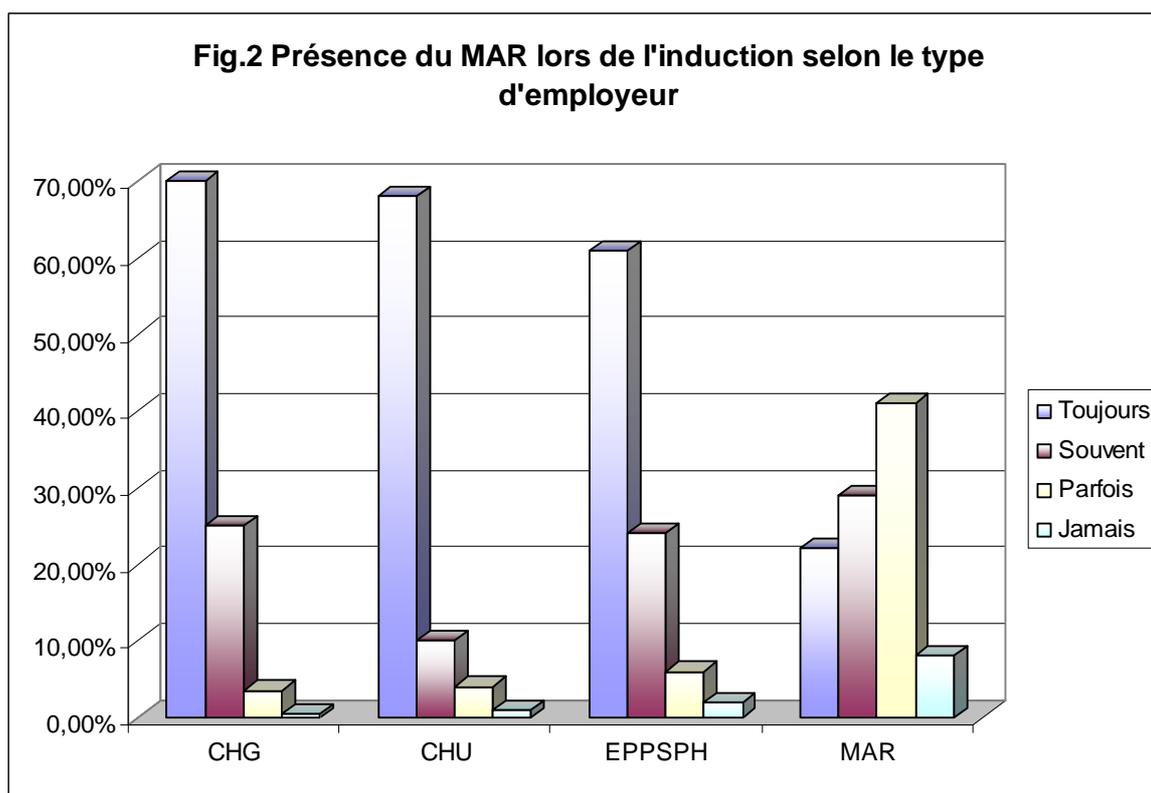
1.2- Présence du médecin anesthésiste pendant le déroulement de l'anesthésie

L'enquête s'est également intéressée à la présence du médecin anesthésiste durant les différentes phases de l'anesthésie.

1.2.1- L'induction anesthésique

Lors de l'induction, le MAR est toujours présent dans 70 et 68% des cas respectivement en CHG et CHU, 61% des cas en EPPSPH⁷ et 22% des cas du médecin employeur. Il est souvent présent dans 25%, 10%, 24% et 29% des cas respectivement des CHG, CHU, EPSPH et médecin employeur. (Fig.2)

Il est parfois présent dans 3,5% des CHG, 4% des CHU, 6% des EPSPH 41% des Médecin Employeurs. Enfin, il est déclaré comme n'étant jamais présent dans 0,5% des CHG, 1% des CHU, 2% des EPSPH et 8% des médecins employeurs.



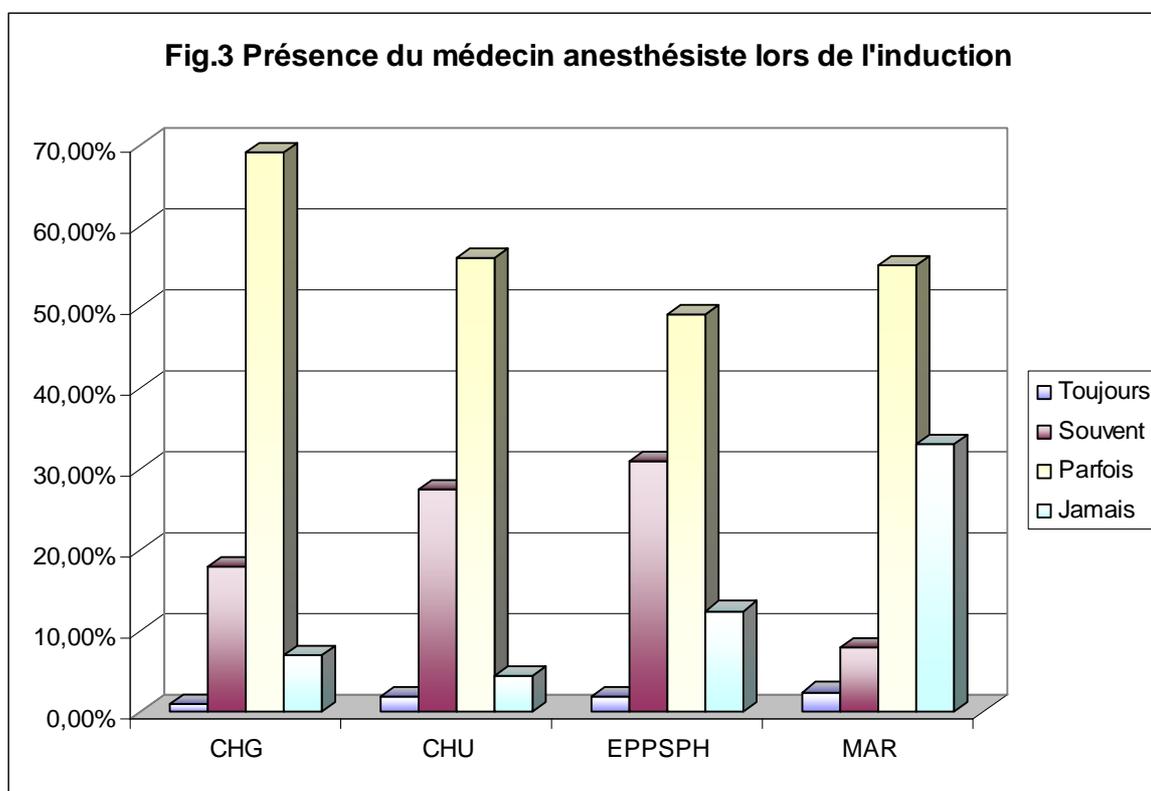
Si la présence du médecin anesthésiste est quasi constante en secteur public et en secteur privé participant au service public dans une moindre mesure, elle semble plus aléatoire lorsque le médecin anesthésiste emploie lui-même un IADE. On peut supposer que les patients les plus lourds sont généralement traités par

⁷ Etablissement Privé Participant au Service Public Hospitalier

les centres hospitaliers généraux et universitaires, et nécessitent dès lors une présence plus marquée du médecin anesthésiste, mais l'enquête n'a pas retenu la classification ASA⁸ des patients concernés. Enfin, si en secteur public le MAR supervise généralement deux blocs opératoires et deux IADE, on peut également poser l'hypothèse que le médecin employeur gère une salle en confiant la seconde à son IADE salarié, facilité par une gestion plus programmée de l'activité opératoire, des interventions plus légères et des patients en meilleur état général.

1.2.2- L'entretien anesthésique

La période per anesthésique est confiée de manière globale plus facilement aux IADE, quelque soit leur statut de travail.(Fig.3)



De manière globale, le MAR est plutôt parfois présent, de 69% en CHG à 49% en EPPSPH avec 55% des médecins employeurs. On relève tout de même que le MAR est plus volontiers absent de l'entretien anesthésique dans le privé, 33% des cas du médecin employeur.

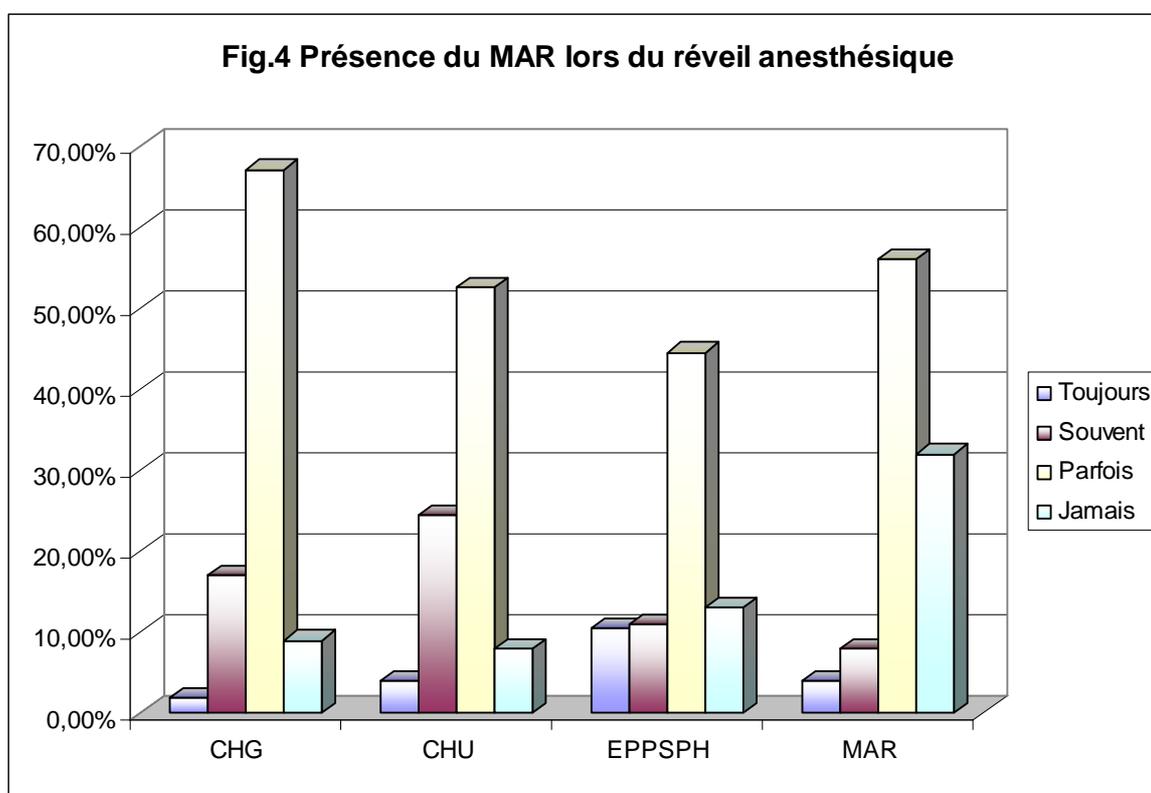
Mêmes causes, effets similaires : on peut probablement lier la présence plus fréquente du médecin en période per anesthésique à des patients et des interventions plus lourds dans les centres publics et universitaires. De même,

⁸ American Society of Anesthesiologist

l'hypothèse d'un MAR employeur gérant lui-même une salle concomitante concorde avec une présence parfois effective, voire jamais dans 33% des cas.

1.2.3- Le réveil anesthésique

Concernant la période de réveil, on retrouve une répartition sensiblement similaire aux autres temps anesthésiques. L'anesthésiste réanimateur est majoritairement « parfois » présent quelque soit la structure, avec toujours une prédominance du secteur public. C'est une fois de plus dans le privé et particulièrement chez le médecin employeur que celui-ci est le plus absent de la période de réveil anesthésique. (Fig.4)



Globalement, le médecin employeur semble moins présent durant les différents temps anesthésiques que ses homologues praticiens hospitaliers. Si l'infirmier anesthésiste peut, de par sa formation et la législation, gérer ces temps « seul », cela reste à la condition *sine qua non* que le médecin anesthésiste réanimateur soit immédiatement disponible en cas de besoin.

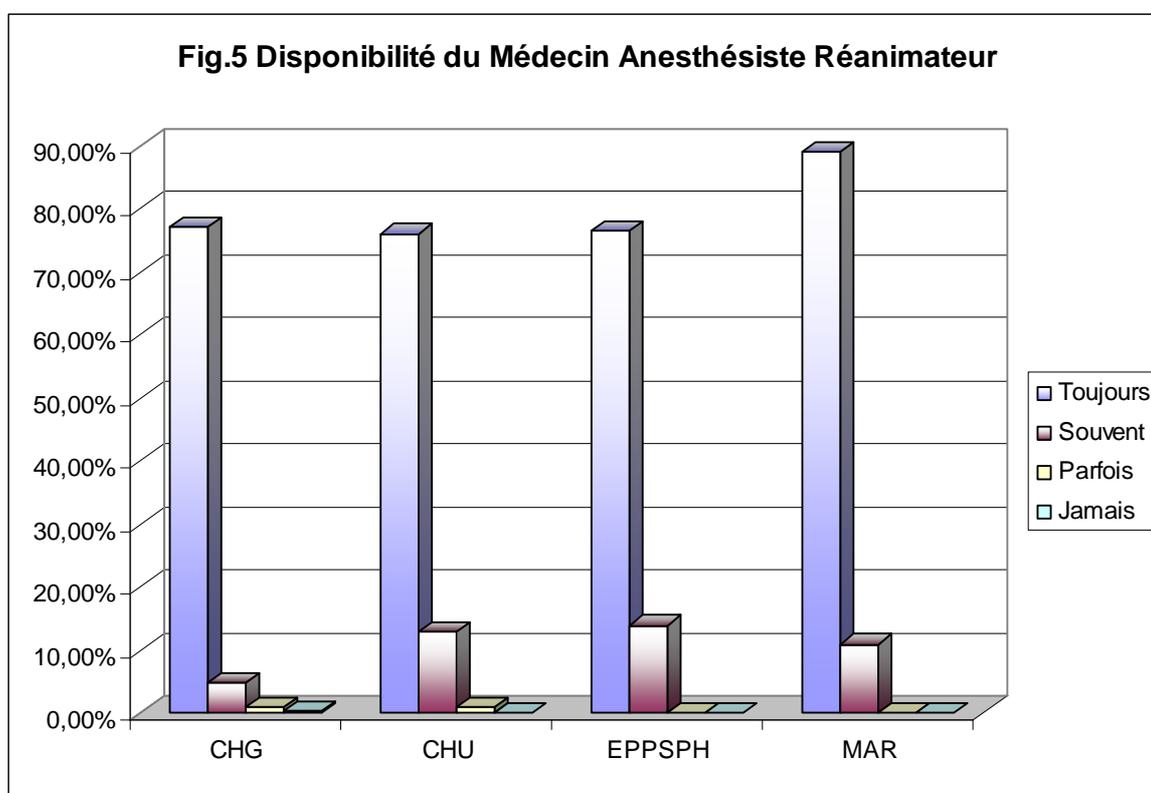
En effet, l'article R. 4311-12 du code de la santé publique stipule que « L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un

médecin anesthésiste réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes : Anesthésie générale (...) »⁹

Il est alors tout à fait légitime de s'interroger sur la disponibilité du médecin anesthésiste selon les secteurs concernés.

1.3- La disponibilité médicale

C'est sans grande surprise que l'on constate que le médecin anesthésiste réanimateur est majoritairement toujours ou souvent disponible, et ce, quelque soit la relation contractuelle du binôme IADE/MAR, répondant ainsi aux obligations réglementaires et aux conditions optimales de sécurité pour le patient. (Fig.5)

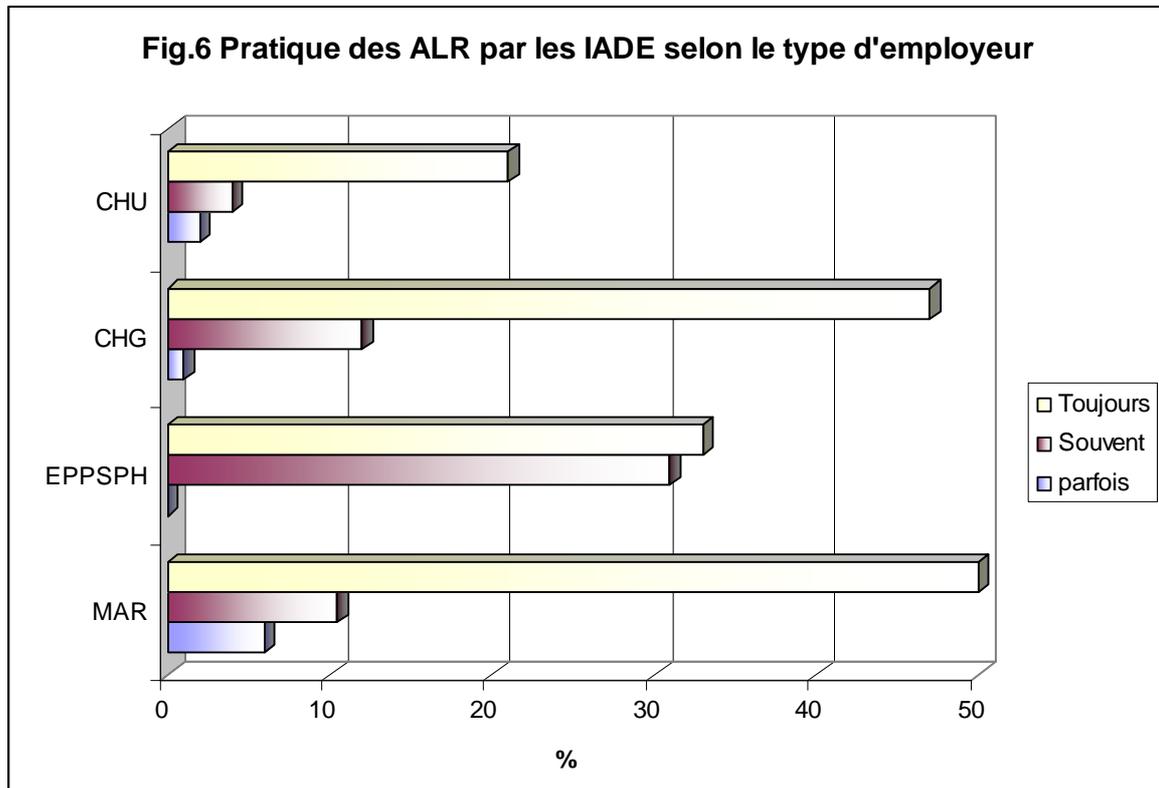


Le médecin employeur est même le plus présent avec 89% de disponibilité totale et 11% de « souvent ».

1.4- Les pratiques déclarées des anesthésies locorégionales

L'enquête SNIA a démontré que sur les IADE ayant déclaré pratiquer des anesthésies locorégionales (44% du total de la population interrogée), ce sont les IADE des secteurs privés médecins employeurs qui, proportionnellement, réalisent le plus fréquemment les actes d'ALR. (Fig.6)

⁹ Décret 2004-802 du 29/07/04 paru au J.O. du 09/08/04



La pratique, par des IADE, des ALR¹⁰, est prévue par la loi, excepté les actes avec pose de dispositif (article R. 4311-12 du code de la santé publique), mais se heurte à l'opposition de la SFAR¹¹ qui l'a fermement refusée dans ses recommandations concernant l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, ne reconnaissant qu'une compétence de participation à la réalisation par le médecin¹². Or, bien que condamné par la société savante, force est de constater que beaucoup de MAR estiment les IADE capables de réaliser ces actes et de prendre la responsabilité de leur confier ces gestes, puisque 44% des IADE pratiquent des ALR, allant de 21% de « toujours » en CHU à 50% en médecin employeur. Il s'agit là d'un point particulièrement sensible, opposant deux professions habituellement complémentaires dont nous essaierons de clarifier la pratique dans notre enquête.

¹⁰ Anesthésie Loco-Régionale

¹¹ Société Française d'Anesthésie Réanimation

¹² A propos des recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE, SFAR, 28/02/2003

2- Le contrat de travail

2.1- Législation

Le contrat de travail, en droit privé, est soumis aux règles du droit commun. Il n'est pas précisément défini par l'article L121-1, car c'est par la jurisprudence et une directive européenne adoptée en octobre 1993¹³ qu'a été faite l'obligation de remettre au salarié, par l'employeur un contrat dans les deux mois suivant l'embauche, un document comportant au moins les éléments suivants :

- L'identité des parties
- Le lieu de travail
- Le titre, le grade, la qualité ou la catégorie d'emploi en lesquels le travailleur sera occupé
- La date du début du contrat
- Les modalités d'attribution et de détermination des congés payés
- La durée des préavis à observer par les parties en cas de cessation du contrat de travail
- Les éléments constitutifs de la rémunération
- La durée de travail journalière ou hebdomadaire normale du travailleur.
- Le cas échéant, la mention des conventions collectives régissant les conditions de travail.

Toutefois, l'existence d'un contrat ne préjuge pas qu'il s'agisse d'un contrat de travail. Pour qu'il puisse être défini comme tel, il faut qu'une personne accepte de fournir une prestation de travail pour une autre en se plaçant dans un état de subordination juridique vis-à-vis de cette dernière, moyennant rémunération. Clairement, il s'agit pour l'employeur du droit de donner des ordres, de contrôler leur bonne exécution, et pour l'employé de l'obligation de les exécuter tel que défini par un arrêt de la cour de cassation : « *Le lien de subordination est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le*

¹³

Dir.91/533 CEE du 14/10/1991

pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné »¹⁴

Codifié dans le code du travail, entré en vigueur le 21 novembre 1973, articles L.120-2 à L.129-3

La loi du 12 juillet 1990, en modifiant la rédaction de l'article L122-3-1, a précisé qu'à défaut de contrat de travail écrit, le contrat de travail est réputé avoir été conclu pour une durée indéterminée : l'absence d'écrit entraîne la présomption irréfragable d'un contrat en contrat à durée indéterminée, qu'il s'agisse du contrat initial ou de contrat renouvelé¹⁵.

A noter que le législateur, s'il a bien prévu l'obligation de mise à jour des connaissances par l'article R4312-10 du code de la santé publique : « *Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles* », ne traduit en rien cette obligation dans le contrat de travail.

2.2- Particularités du contrat à durée déterminée

Une indemnité dite « de précarité » : L'article L122-3-4 du Code Civil précise que « *Lorsqu'à l'issue d'un contrat de travail à durée déterminée, les relations contractuelles de travail ne se poursuivent pas par un contrat de travail à durée indéterminée, le salarié a droit, à titre de complément, à une indemnité destinée à compenser la précarité de sa situation. Cette indemnité est égale à 10% de la rémunération brute due au salarié (...)* »

¹⁴

Cour de cassation, chambre sociale, 23 avril 1997, Bulletin des arrêts N°142

¹⁵

Cour de cassation, chambre sociale, 24 novembre 1998, Bulletin des arrêts N°511

3- Le droit des sociétés

Le droit français des sociétés met à la disposition des médecins employeurs potentiels différents types de structures juridiques applicables aux sociétés médicales.

Nous allons donc étudier sommairement les différents types de sociétés médicales possibles afin de déterminer les répercussions éventuelles de la structure juridique sur la relation entre le médecin employeur et l'IADE salarié.

Il est à noter que quel que soit le type de société où exerce le médecin employeur, la rédaction de tout contrat de travail relève du code du travail et de ses dispositions.

3.1- La société anonyme

La société anonyme est une société de capitaux purs, pouvant regrouper des personnes physiques ou morales dont le seul point commun est le capital investi dans l'entreprise. Ce type de société concerne de façon générale des projets importants. On trouve encore quelques décennies des établissements privés de soins, indépendants, ayant pour structure juridique la société anonyme, et dont les capitaux étaient investis par des médecins qui y exerçaient. Dans le cas de la société anonyme, l'établissement lui-même, personne morale, devient la structure juridique employeur de l'IADE et non plus le MAR.

3.2- La société anonyme à responsabilité limitée

La SARL est la forme de société la plus répandue en France. Sa structure juridique est très proche de la société anonyme, restant une société de capitaux. Sa caractéristique essentielle étant de limiter les risques de pertes aux seuls apports des investisseurs, sans poser de limite aux bénéfices de la société.

Comme la Société Anonyme, c'est la société elle-même qui devient la structure juridique employeur.

3.3- La société civile de moyens

La SCM est une structure juridique exclusivement réservée aux professions libérales réglementées dont la principale caractéristique est la fourniture et la gestion de moyens matériels et humains à ses membres, afin de faciliter l'exercice de leur profession. La société elle-même ne permet pas l'exercice de l'activité et n'a aucune incidence sur la situation juridique de ses membres. Les associés divisent et mutualisent ainsi les coûts nécessaires au fonctionnement de leur activité (locaux, entretien, secrétariat, matériel), tout en conservant une indépendance au titre de leur activité professionnelle. Les associés partagent ainsi les bénéfices tout en déduisant de leur imposition les sommes versées à la SCM au titre des dépenses engagées pour l'exercice de leur profession.

L'IADE peut ainsi être employé contractuellement via la société civile de moyen, et chaque médecin associé est juridiquement son employeur direct. L'inconvénient majeur de ce type de société est que toute décision est obligatoirement collective et unanime et donc, en cas de désaccord, on peut aboutir rapidement à une situation de blocage juridique. De plus l'IADE confronté à ce type de structure n'est juridiquement qu'un « moyen » mutualisé entre les associés, ne pouvant prendre part à aucune décision.

3.4- La société civile professionnelle

La société civile professionnelle a été créée en novembre 1966 afin de permettre à des personnes physiques exerçant une profession libérale réglementée d'exercer cette activité en commun. Ces professions libérales sont obligatoirement identiques : il n'est pas possible de créer une société civile professionnelle pluridisciplinaire. Chaque profession autorisée fait l'objet de décrets d'application spécifiques tenant compte de leur activité.

3.5- La société d'exercice libéral

Il s'agit de la plus récente des structures juridiques : instituées par la loi du 31 décembre 1990, la société d'exercice libéral est, à l'instar de la SA ou de la SARL, une société de capitaux destinée aux professions libérales réglementées.

Diverses variantes existent : La société d'exercice libéral à responsabilité limitée, très appréciée et répandue des professions libérales, car permettant de limiter la responsabilité aux montants des capitaux investis sans limiter la participation aux bénéfices de la société. Moins répandus et peu adaptés à l'exercice médical : la

SELCA : société d'exercice libéral en commandite par action, ou la SELAFA, société d'exercice libéral à forme anonyme.

Comme la SCP, chaque profession fait l'objet de décrets d'application spécifiques.

3.6- La société en nom collectif

La société en nom collectif est une structure juridique de moins en moins répandue, quel que soit le domaine d'activité de l'entrepreneur, en raison d'une responsabilité solidaire et indéfinie sur l'ensemble des associés. De part la forme même de la société, cette structure s'adresse en priorité à des porteurs de projets solidaires, peu nombreux, désirant composer une société fermée et protégée : en effet, aucune part sociale ne pourra être cédée sans l'accord unanime des associés.

4- La responsabilité de l'IADE

La responsabilité est la contrepartie de la liberté¹⁶, l'obligation pour une personne de répondre de ses actes et d'en assumer les conséquences, codifié par les articles 1382 et 1383 du code civil :¹⁷

« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer »

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence »

Ainsi, l'infirmier anesthésiste est pleinement responsable de ses actes, mais aussi des conséquences de sa négligence ou de son imprudence. On retrouve ici en filigrane les vigilances.

L'article 1384 élargi encore cette notion de responsabilité aux choses et personnes dont on a la responsabilité :

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause de son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait de personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde. »

Pour illustration de l'application de ces articles, on retiendra cet exemple de jurisprudence tiré des annales françaises d'anesthésie réanimation N°26¹⁸ où dans un établissement de soins privé, un enfant de 5 ans est décédé lors d'une adénoïdectomie sous anesthésie générale par inhalation réalisée intégralement par une IADE seule. Le tribunal de grande instance a retenu la responsabilité de l'IADE pour avoir réalisé une anesthésie générale seule, au mépris des recommandations de la SFAR, soulignées par l'expert, pour avoir commis une faute de vigilance (elle n'avait pas vérifié le branchement et fonctionnement correct du moniteur) et pour n'avoir pas su apprécier l'état clinique de l'enfant. L'IADE a été condamnée au civil au versement de 35 674€ de dommages et intérêts, aux entiers dépens de l'instance et à l'application de l'article 700 du nouveau code de procédure civile (frais de Conseil de la partie adverse). Sa responsabilité pénale n'a pas contre pas été retenue, les magistrats n'ayant pu relever de manière certaine un lien de causalité entre la négligence et le décès.

¹⁶

L'infirmier anesthésiste, Martine Nicolet, Editions Medecine-Sciences Flammarion

¹⁷

Code civil Dalloz, 106^{ème} édition p1403

¹⁸

Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation, N°26, C. Sicot, M-C Laxenaire, 26 janvier 2007

La responsabilité juridique de l'infirmier anesthésiste est à la fois administrative, pénale, civile et disciplinaire : chacune de ces responsabilités est indépendante, mais elles peuvent être cumulées.

4.1- La responsabilité disciplinaire

La responsabilité disciplinaire est une sanction interne à la fonction publique, fixée par la loi N°86-33 du 9 janvier 1986. Elle ne peut concerner des IADE employés par des sociétés civiles professionnelles car ceux-ci relèvent du droit privé.

Le droit privé laisse à l'employeur entière liberté dans son pouvoir d'appréciation d'un comportement fautif (Art L122-40 du code du travail) et dans la sanction à appliquer, tout en précisant que la sanction pécuniaire est interdite (Art. L122-42 du code du travail) et qu'en cas de litige, le tribunal des prud'hommes (juridiction civile) est compétent.

4.2- La responsabilité civile et administrative

Engagée par les articles 1382, 1383 et 1384 du code civil, la responsabilité civile consiste en l'obligation pour l'auteur de réparer un dommage, généralement par le versement d'une somme d'argent à titre de dommages et intérêts.¹⁹

Si dans le cadre de la fonction publique hospitalière, la responsabilité civile de l'IADE est prise en charge par l'autorité dans le cadre de la responsabilité administrative, sauf en cas de faute détachable du service, en droit privé, la responsabilité civile reste du ressort de l'intimé. Dès lors, l'assurance responsabilité civile de l'IADE est une aide appréciable, ne serait-ce que pour couvrir les premiers frais juridiques.

4.3- La responsabilité pénale

Il s'agit de la responsabilité la plus lourde, dans le sens où celle-ci est inassurable et ne peut être portée que par l'auteur des faits : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait », article L121-1 du code de procédure pénale²⁰.

¹⁹

Cornu G, Vocabulaire juridique, Edition Presse Universitaire de France, 2000, 925p

²⁰

Code de Procédure Pénale commenté, Dalloz, Edition 2006

On comprend parfaitement par la simplicité même de cette formule la portée toute relative de la célèbre phrase « Je te couvre ».

Le code pénal divise les infractions selon leur gravité, en trois catégories :

- Les contraventions, punies d'une peine d'amende
- Les délits, punis d'une peine d'amende et/ou d'emprisonnement
- Les crimes, punis d'une peine de réclusion criminelle.

Ces infractions sont poursuivies au nom de la société par le Ministère public auprès des juridictions pénales, avec ou non constitution de partie civile par la victime ou ses ayants droits

L'infirmier anesthésiste dans le cadre de ses fonctions peut être poursuivi pénalement en cas :

- De violation du secret professionnel : un an d'emprisonnement et 15 000€ d'amende²¹
- De non assistance à personne en danger : cinq ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende²²
- De blessures involontaires : deux ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende²³
- De blessures involontaires par manquement délibéré à une obligation de prudence : trois ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende²⁴
- De défaut de matériovigilance : quatre ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende²⁵
- D'exercice illégal de la médecine : deux ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende²⁶
- D'exercice illégal d'une autre profession réglementée : un an d'emprisonnement et 15 000€ d'amende²⁷
- De mise en danger de la vie d'autrui : un an d'emprisonnement et 15 000€ d'amende²⁸

²¹ Article R 226-13 du code pénal

²² Article R 223-6 du code pénal

²³ Article R 229-19 du code pénal

²⁴ Article R 229-19 du code pénal

²⁵ Article L5212-2 du code de la santé publique

²⁶ Code de la santé publique, Art L4161-5, L4161-6

²⁷ Article R 433-17 du code pénal

²⁸ Article R 223-1 du code pénal

Méthodologie d'enquête

1- Objectifs de l'enquête

L'objectif de cette enquête est triple :

- Réaliser un état des lieux actualisé du statut particulier de l'exercice IADE au sein d'une société civile professionnelle en sondant les professionnels concernés
- Vérifier si les particularités d'exercice et de pratiques déclarées lors de la dernière enquête démographique et de pratiques déclarées du SNIA se retrouvent toujours 7 ans après.
- Mettre en avant les difficultés engendrées par ce type de contrat de travail et d'exercice afin d'en clarifier la pratique et les habitudes pour les jeunes diplômés qui seraient tentés par l'expérience

2- Outil de l'enquête (Annexe N°1)

Il s'agit d'une enquête réalisée exclusivement auprès d'IADE en exercice en société civile médicale ou ayant exercé, à l'aide d'un formulaire interactif accessible depuis Internet.

Le choix du média de l'outil a été fait de façon à pouvoir toucher un maximum de personnes concernées, sans limitation géographique.

La forme (page Internet) a été choisie de façon à ne pas limiter l'enquête qu'aux personnes ayant un système d'exploitation et un logiciel compatible avec un format propriétaire, puisque tout navigateur suffi.

Le questionnaire est simple, proposant des questions fermées sous forme de cases à cocher, menus déroulants et des questions ouvertes sous forme de zones de libre expression, afin de nécessiter moins de dix minutes. Les résultats sont automatiquement intégrés à une base de données dès validation du formulaire et un rapport envoyé par mail à l'enquêteur.

Un système sécurisé par cookie²⁹ et identification IP³⁰ permettait de vérifier qu'une même personne ne validait pas plusieurs fois le questionnaire.

²⁹ Cookie : fichier texte déposé sur l'ordinateur distant permettant de contrôler sa dernière connection
³⁰ IP : Internet Protocol : Numéro unique attribué à un ordinateur lorsqu'il se connecte sur un réseau.

3- Réalisation et durée

L'enquête a été menée sur un site Internet³¹ accessible 24/24h 7/7j, durant un mois, du 15 janvier 2008 au 15 février 2008.

4- Ses limites

De par sa conception même, l'enquête limite les réponses aux seuls IADE ayant connaissance de l'outil informatique associé à un accès Internet.

Il n'y a aucune certitude quand à la qualification réelle des personnes ayant répondu.

Certains questionnaires ont dû être écartés de l'enquête car inexploitables soit par incompréhension des questions (2), soit car étaient complètement farfelus (1) (7,5% du total)

La page d'enquête a été affichée 419 fois pour un résultat de 40 questionnaires remplis, dont 37 exploitables :

- Deux questionnaires ont été écartés de l'enquête car les sondés n'avaient pas compris les questions posées et répondaient de ce fait, de manière incohérente.
- Un questionnaire a été écarté, la personne ayant répondu tenant des propos dégradants à caractère sexuel.

D'après l'enquête du SNIA de 2001, 590 IADE exerçaient à titre salarié d'un médecin employeur. Si l'on considère ce chiffre encore valable en 2008, cette enquête ne représenterait que l'avis de 6,3% de cette population, chiffre nettement insuffisant pour être représentatif de cette population. Tout au plus, nous considérerons que ce travail dessine les principales tendances.

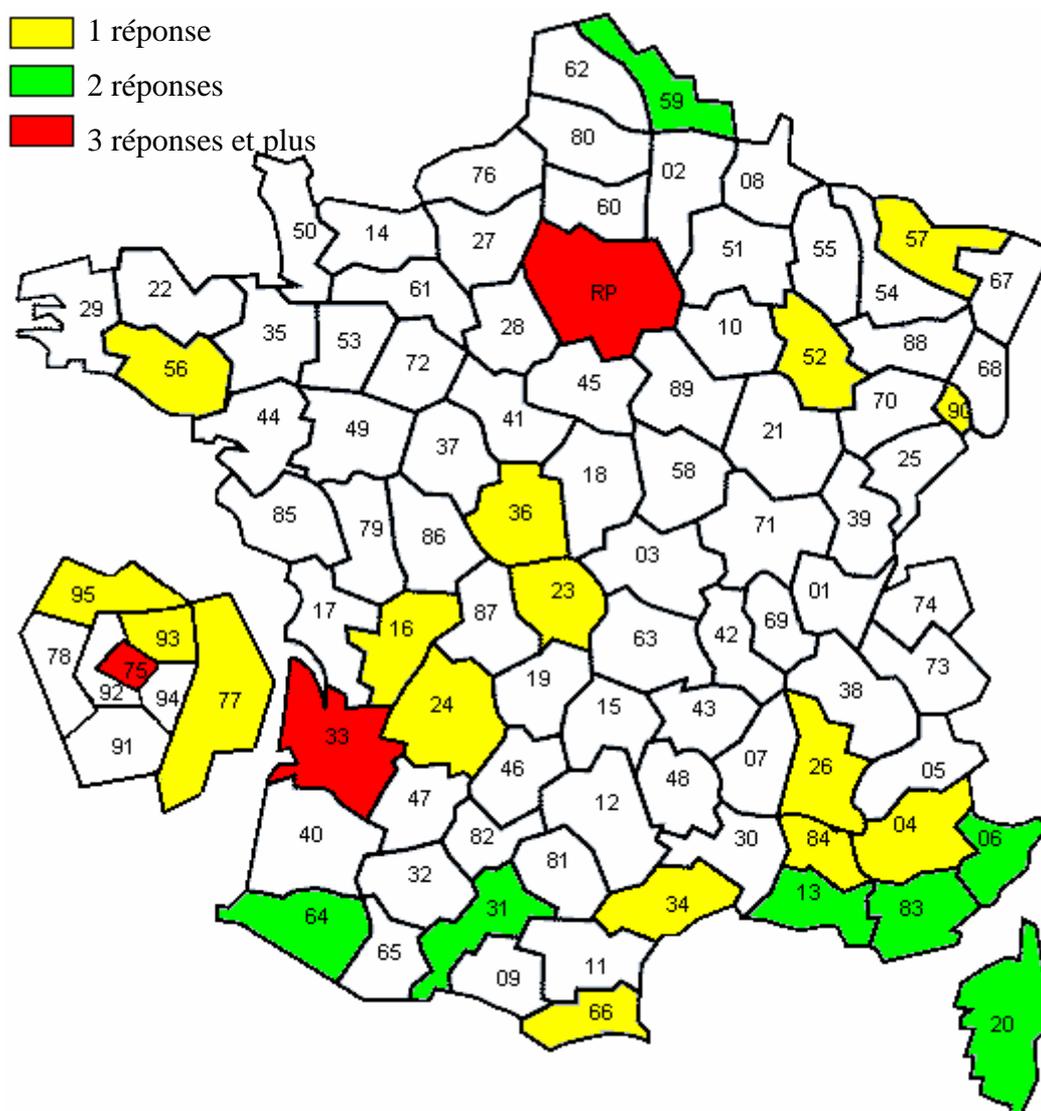
³¹ www.laryngo.com/phpBB2/index.php

Analyse

1- Répartition géographique des sondés

On remarque sur la figure 7, une répartition inhomogène du nombre de réponses obtenues : On observe une prédominance de quelques zones géographiques, notamment au sud, particulièrement marquée en Sud-Est et en région Aquitaine. La région parisienne a également répondu massivement à l'enquête. La grande moitié nord de la France est nettement moins représentée, particulièrement le Nord-Ouest où une seule réponse a été obtenue.

Fig. 7 : Répartition géographique des sondés



Cette répartition semble suivre l'inégalité de la répartition médicale en France, en toute logique, puisque les IADE ne peuvent exercer sans médecin réanimateur. La région PACA est par exemple, très dense en hospitalisation privée, créant un appel d'offres d'emploi pour les IADE. C'est donc sans surprise que l'on retrouve une densité IADE qui se superpose à la densité médicale.

2- Identité socioprofessionnelle

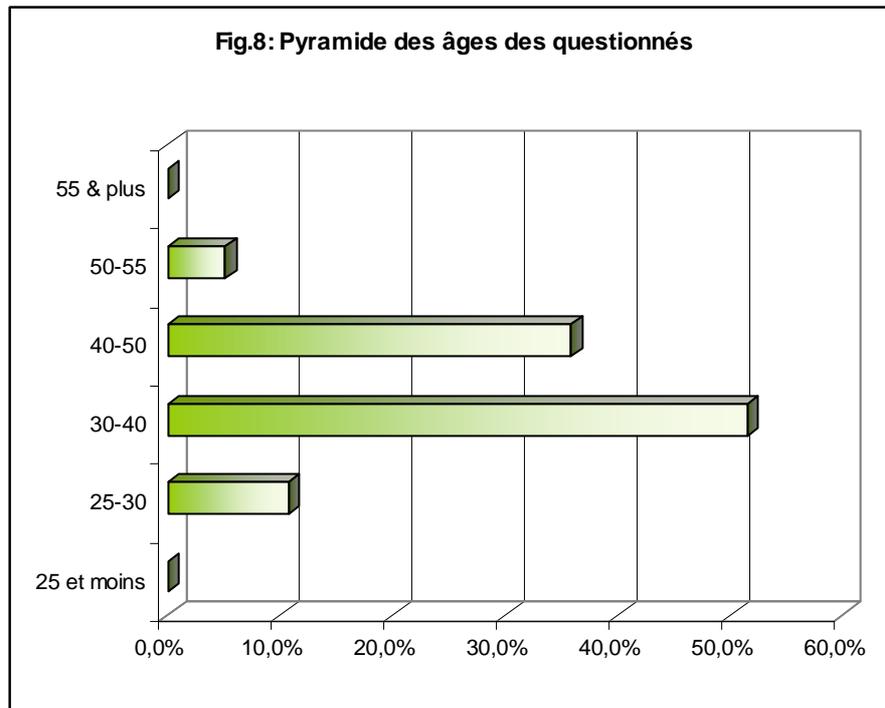
Sur l'ensemble des questionnaires analysés, 65% sont des hommes, 35% des femmes, alors que la population IADE générale comprend 69% de femmes et 31% d'hommes³².

Les IADE masculins seraient donc, plus volontiers prêts à exercer directement sous le patronat d'un médecin employeur. Il ressort d'une analyse plus poussée des résultats que les hommes sont non seulement plus représentés, mais réalisent également le plus grand nombre d'heures de travail, sans corrélation avec leur situation familiale alors que l'on retrouve volontiers plus de femme sur les postes à temps partiel choisis (33% versus 28% pour les hommes).

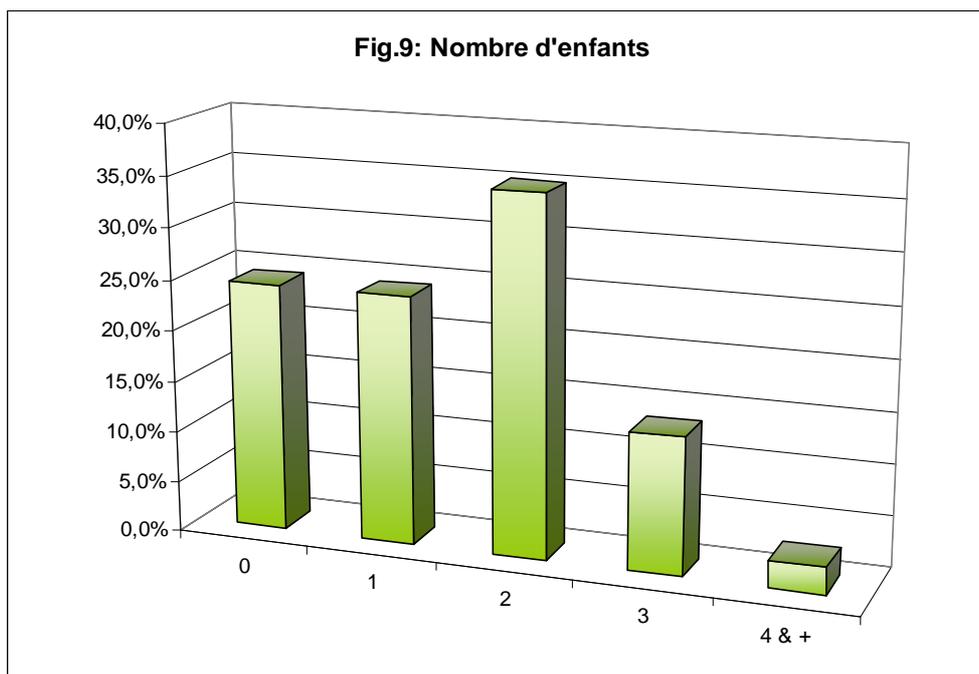
La pyramide des âges est sensiblement plus jeune que celle de la population générale, dont la majorité a plus de 41 ans²¹ (Fig.8). Dans cette enquête, les 30-40 ans sont les plus nombreux : toutefois, le support même de l'enquête peut-être source de ce décalage de la pyramide des âges. Les plus jeunes générations sont en effet rôdées à l'utilisation de l'informatique et de l'Internet là où le taux de pénétration est plus faible chez leurs aînés.

³²

Oxymag N°63, avril 2002, P 10

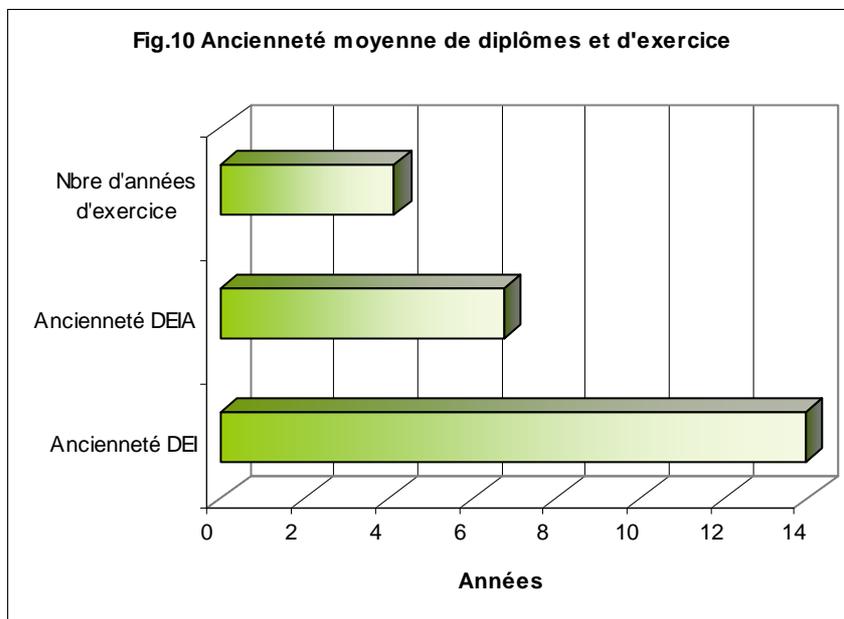


71% des sondés vivent en couple, contre 29% célibataires, veufs ou séparés. La majorité a deux enfants ou moins(83,8%) et 16,2% trois enfants ou plus (Fig.9)



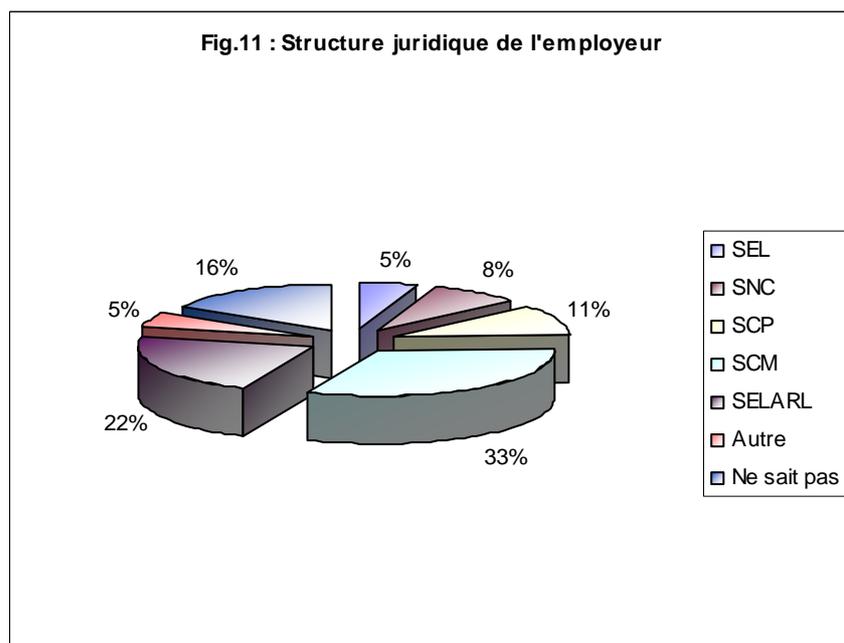
Enfin, la moyenne d'ancienneté des diplômés d'état est de 14 ans pour le diplôme d'état infirmier et de 7 ans pour le diplôme d'état infirmier anesthésiste avec une ancienneté de 4 ans en qualité d'IADE salarié de SCP. (Fig.10). Ces résultats peuvent sembler étranges : en effet, la majorité des IADE réalisent leur spécialisation par le biais d'un contrat d'engagement à servir de cinq années auprès d'un établissement public. Ici, une moyenne de trois années est retrouvée entre le DEIA et le début de l'activité en SCP. Les hypothèses expliquant cela

pourraient être que l'engagement moyen ait été négocié à trois années, que la majorité des IADE ait fait ses études en candidat libre, ou, le plus probable, que beaucoup d'IADE salariés de SCP aient en parallèle une activité d'agent de la fonction publique ou salarié d'un établissement privé, hypothèse renforcée par la déclaration d'activité annexe dont le résultat avoisine les 65% (Fig.13)



3- Structure juridique et activité de l'employeur :

On note une répartition très variée des différentes structures juridiques possibles (Fig.11)

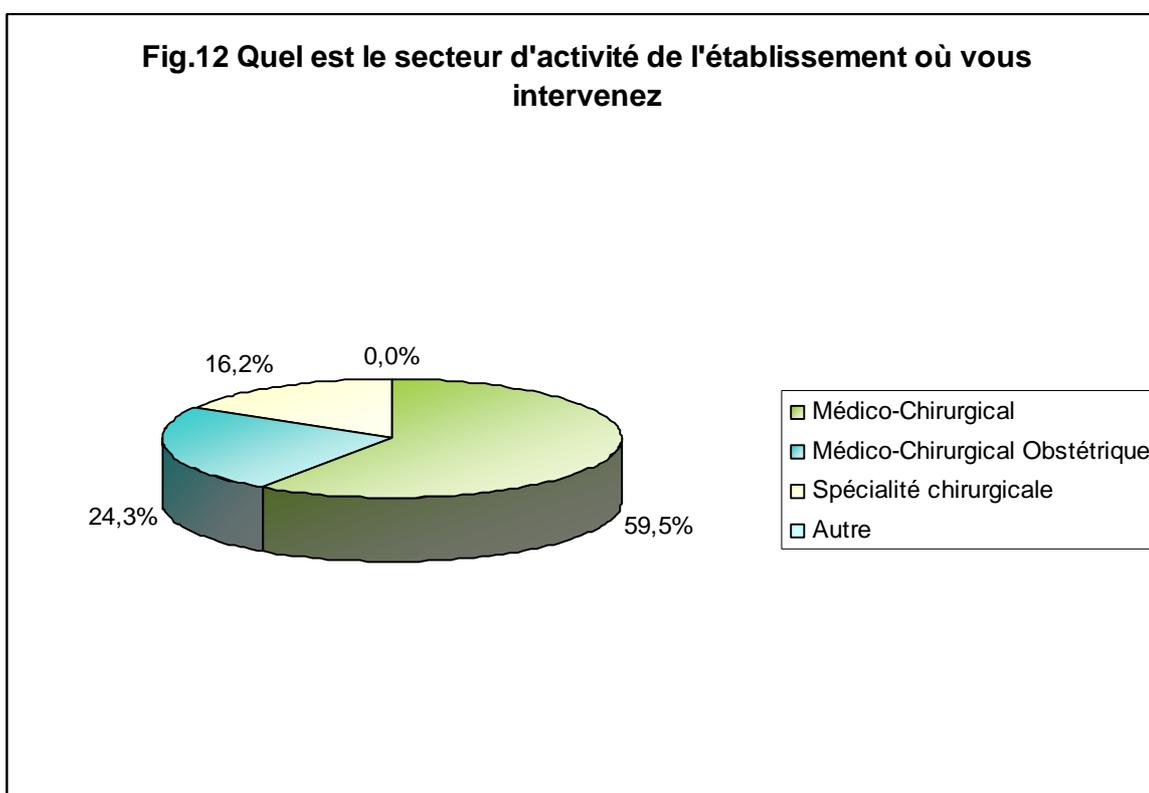


Les sociétés en nom commun et les sociétés civiles de moyens sont majoritaires. On se rappellera que les principaux avantages sont, pour la première, que la

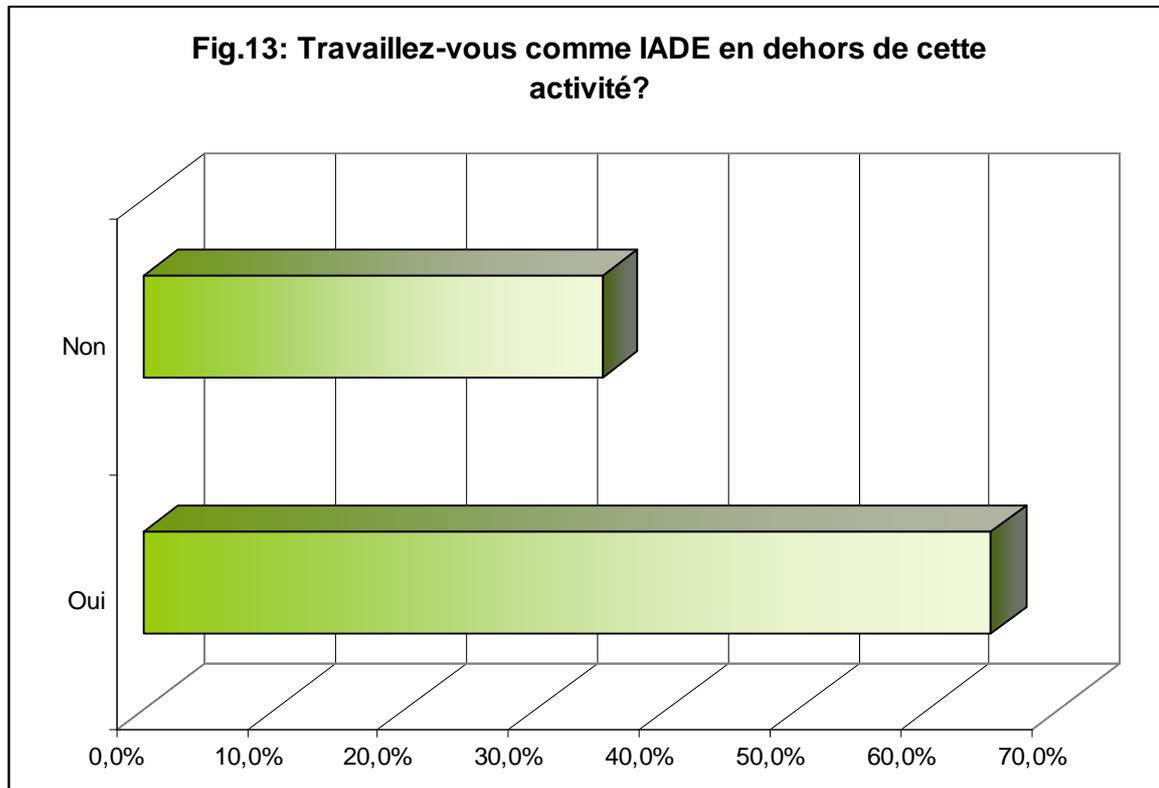
société est fermée et protégée et pour la seconde, qu'il s'agit d'une société de mutualisation de moyens nécessaires à l'exercice, tout en gardant son indépendance professionnelle.

On notera que 16% des IADE ayant répondu ne connaissent pas la structure juridique de leur employeur : sans aucun sexisme ni volonté discriminatoire, on constatera que 100% des hommes interrogés connaissent la structure juridique de leur employeur contre 57% des femmes.

L'activité des établissements est essentiellement orientée Médico-Chirurgical, suivi des établissement à activité Médico-Chirurgico-Obstétrical, avec une minorité d'établissement de spécialité chirurgicale. (Fig.12)



La Fig.13 nous renseigne qu'une majorité des IADE ayant ce mode d'exercice a une autre activité professionnelle en qualité d'IADE : On remarquera sans surprise que ce sont les personnes se déclarant « Célibataire, veuf ou divorcé » qui déclarent une activité annexe à 75% (9/12) contre 60% des « Mariés, Pacsés ou en couple ». Le nombre d'enfants à charge ne semble pas influencer une activité annexe puisque ceux ayant déclaré 3 enfants et plus ne travaillent pas significativement plus ailleurs que la moyenne générale (66,6% versus 64,9%).

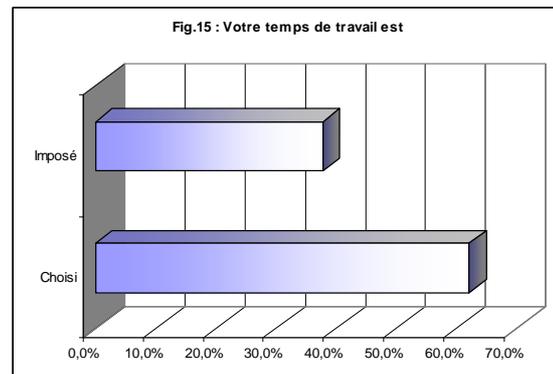
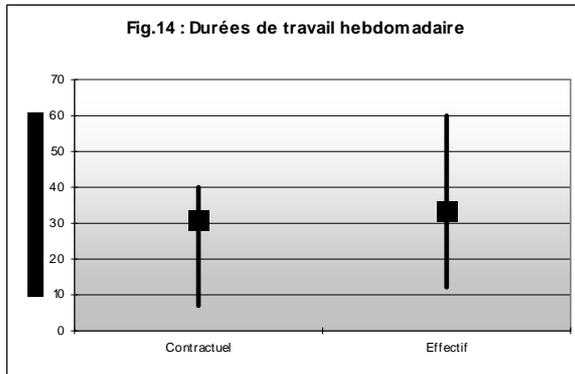


4- L'entrée dans la société

Il a été demandé aux IADE comment ils étaient arrivés à travailler pour le compte d'une société civile de médecins employeurs. En général, l'IADE a été embauché suite à un contrat précaire (intérim, vacation, remplacement). En seconde position vient le bouche à oreille, soit entre IADE, soit via les MAR, suivi du « piston » comme cité par nombre de questionnés. Le contact classique par petites annonces ou agence pour l'emploi reste relativement marginal.

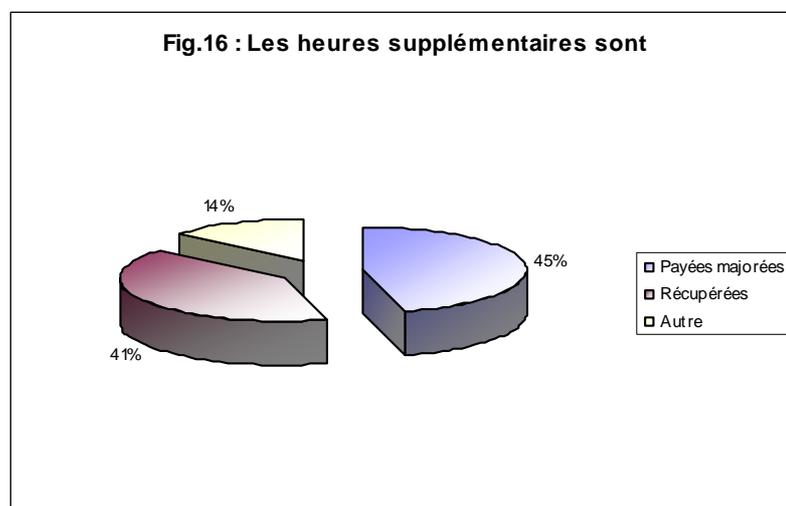
5- Le contrat de travail

Les horaires de travail déclarés sont extrêmement variables, avec des amplitudes horaires allant de 4 à 12 heures, pour une moyenne de 8,2 heures quotidienne. Si les clauses contractuelles prévoient des temps de travail allant de 7 à 40 heures hebdomadaires, la Fig.14 met en évidence que ces horaires sont en majorité très largement dépassés en pratique. (+2h20 minutes de dépassement moyen hebdomadaire).



On remarquera que le temps de travail est choisi dans deux tiers des cas, mais imposé dans un tiers (Fig.15). Le temps partiel est très majoritairement choisi et n'a été déclaré imposé par l'employeur que pour un cas. Par contre, sur les 25 temps pleins déclarés, 13 affirment que ce temps a été imposé et non choisi.

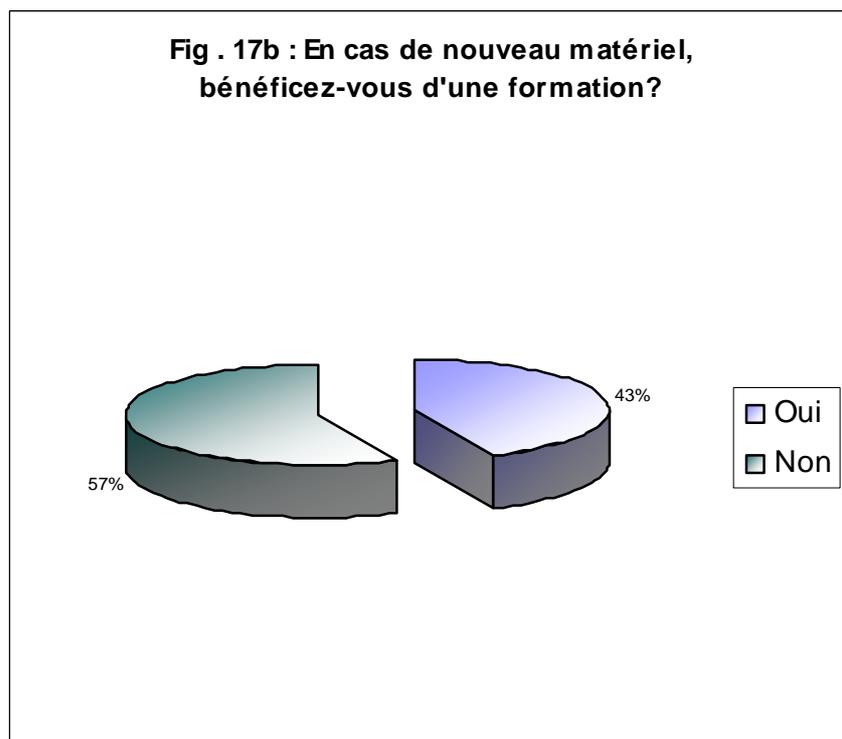
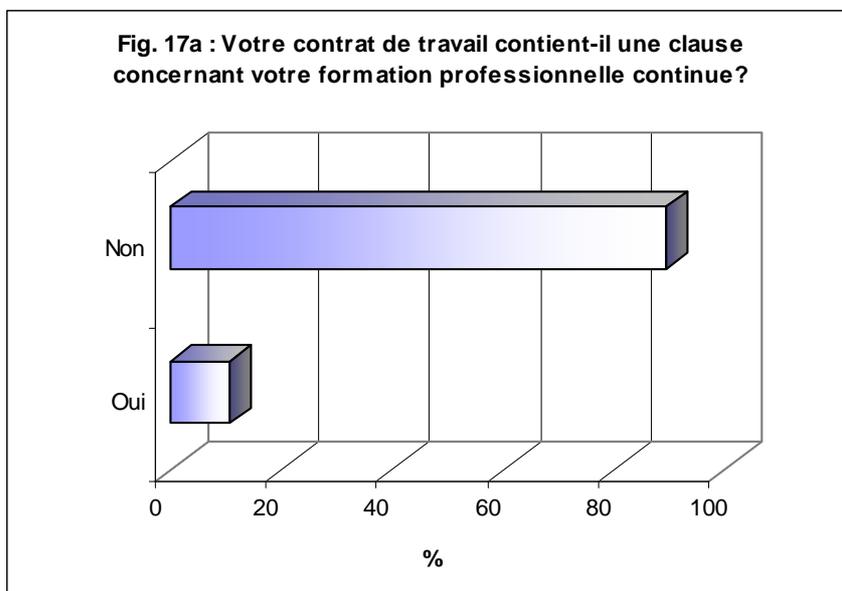
Concernant les heures supplémentaires, la majorité des contrats prévoit leur paiement ou une récupération des heures (Fig.16). A la question à partir de quand, les réponses ont été diverses : elles sont généralement majorées à 25% dès la 35^{ème} heure, parfois directement à 50%. Quatre personnes ont tout de même répondu qu'elles étaient définitivement perdues, ni payées, ni récupérées.



La formation professionnelle continue est rarement prise en compte de manière contractuelle (10,8%), et lorsqu'elle l'est, se limite généralement à une participation annuelle à un congrès ou une formation, voir à « des photocopies de revues médicales » (Fig. 17a)

De même, il a été demandé aux participants si ceux-ci bénéficiaient d'une formation spécifique lors de l'acquisition de nouveaux matériels et en cas de négative, par quel biais ils trouvaient à se former. La réponse a en effet été négative dans 57% des cas. (Fig.17b)

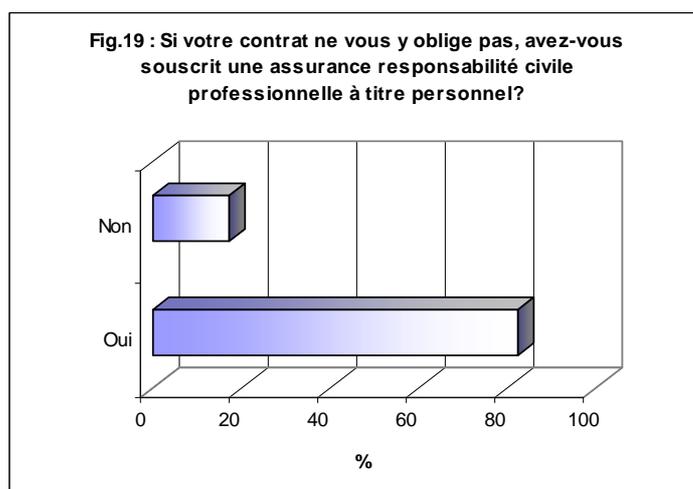
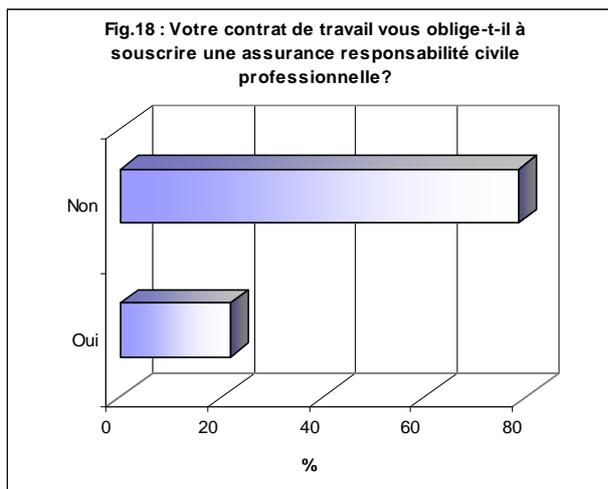
Trois grandes tendances en ressortent : une majorité affirme compter sur leurs collègues IADE d'autres établissements pour la transmission d'information, notamment par le biais de sites Internet en cas de difficultés. Seconde tendance : une partie affirme se pencher longuement sur le manuel, tandis que les troisièmes estiment n'avoir jamais de nouveau matériel donc pas nécessité de formation.



5.1- La responsabilité civile professionnelle :

Quelques contrats de travail imposent à l'IADE salarié d'attester de la souscription d'une assurance responsabilité civile professionnelle, mais dans près de 80% des cas, il n'en est rien. Aussi, il a été demandé aux IADE dont le contrat n'imposait

pas la souscription à une ARCP³³, s'ils en avaient souscrit une à titre personnel. Cette souscription était effective dans 82% des cas, mais reste 18% de ces derniers qui ne sont couverts d'aucune police d'assurance. (Fig.18 et Fig.19)



5.2- La rémunération et la négociation salariale :

Concernant le mode de rémunération, la quasi-totalité des IADE interrogés déclarent un fixe à l'heure, dont le taux est fixé conventionnellement ou contractuellement. Une partie non négligeable déclarent des primes, généralement de participation et/ou de non absentéisme. La paie est parfois externalisée par un sous traitant, mais ne semble être problématique que pour une personne déclarant nombre d'erreurs.

Quelques personnes déclarent négocier le taux horaire avant chaque intervention, toutes vacataires, profitant du degré d'urgence du remplacement.

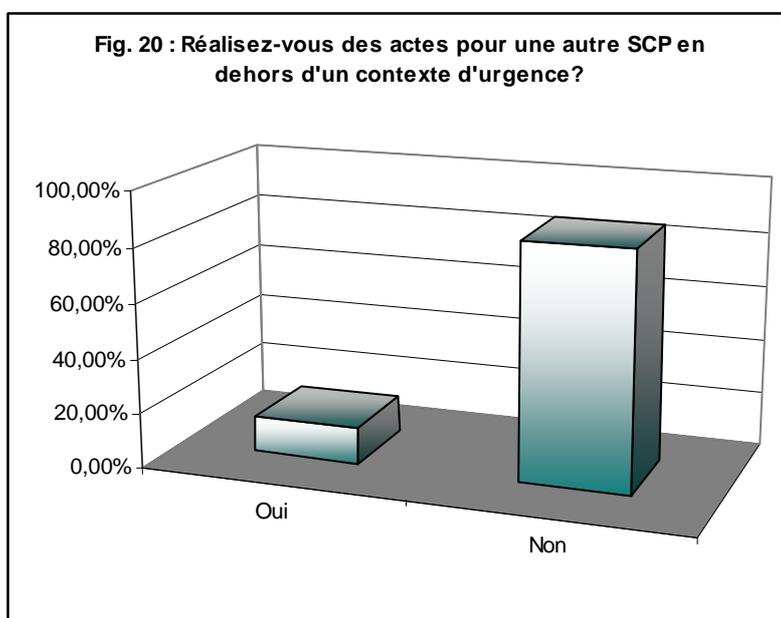
Enfin, une personne a déclaré une rémunération à « l'enveloppe » sans détailler plus clairement.

³³

6- L'exercice professionnel en pratique

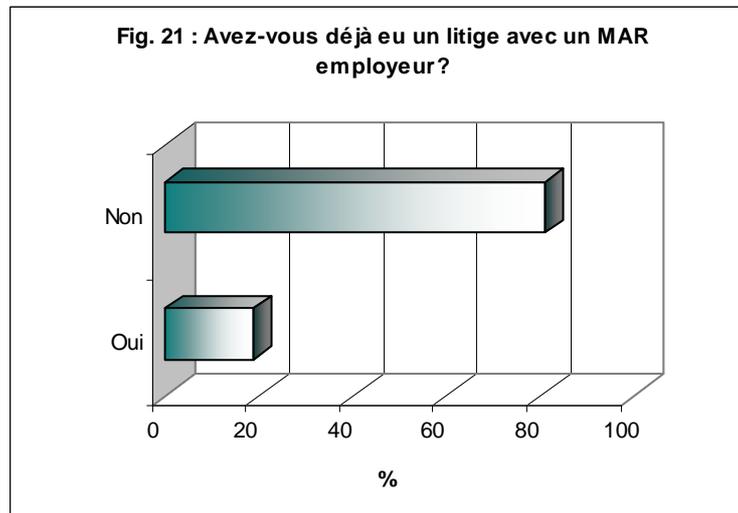
6.1- Les rapports inter-professionnels.

Les sociétés d'anesthésie réanimation présentes dans les établissements de santé sont parfois plusieurs, simultanément, sur le même site. L'IADE salarié peut donc se trouver confronter à des sollicitations de médecins anesthésistes étrangers à la société qui emploie l'IADE. Il a donc été demandé si, hors urgence vitale, l'IADE réalisait des actes pour ces sociétés « concurrentes ». C'est sans surprise que presque 87% des sondés ont répondu par la négative. Reste 13% d'IADE qui réalisent ainsi des actes en dehors de tout contexte juridique.



Enfin, il a été demandé aux IADE s'ils avaient déjà eu un litige avec les médecins employeurs qui les engagent, et si oui, comment ils avaient traité ce litige.

Il apparaît que presque 19% des IADE ont déjà eu un litige avec leur employeur. Il ressort de l'analyse du traitement de ces litiges que ceux-ci sont tout d'abord d'ordre contractuels (problème de paie, d'heures supplémentaires), secondairement médicaux (responsabilité face à une complication : dent cassée dans un cas, décès dans l'autre), puis enfin sur les compétences respectives (refus d'appliquer une prescription jugée aberrante par l'IADE)



6.2- La sécurité, les moyens

S'il est un domaine où l'IADE est pleinement responsable, c'est celui de la sécurité per anesthésique. Aussi, une grande partie de cette enquête a été consacrée à celle-ci: Tout d'abord d'un point de vu matériel, ensuite sur le respect de règles de sécurité élémentaires et enfin sur la répartition des personnels d'anesthésie en péri-opératoire.

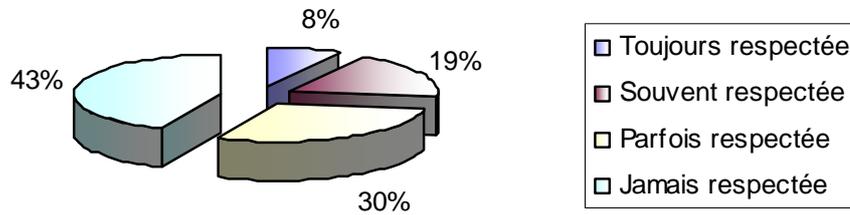
Le devoir de matériovigilance de l'IADE est un point clef de la sécurité du patient. La question a été posée de savoir si, selon l'IADE, le matériel à disposition permettait une prise en charge en toute sécurité. (Fig.22).

Il a été répondu par la négative dans un quart des réponses. Or, si la responsabilité de l'établissement et de la société d'anesthésie réanimation pourrait être recherchée, celle de l'IADE le serait également : en effet le manquement à une obligation de prudence³⁴ et le défaut de matériovigilance³⁵ sont sévèrement réprimés par le code pénal et le code de la santé publique.

La sécurité anesthésique passe également par des règles élémentaires de sécurité, notamment par la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur disponible et libre d'intervenir immédiatement à tout moment en cas d'urgence ou de complication, règle plus communément appelée « Règle des MAR n+1 ». On constatera d'après l'enquête que cette règle n'est toujours observée que dans 8% des cas, souvent dans 19% des cas. Dans l'immense majorité des cas, cette règle de sécurité n'est que parfois respectée (30%) voir jamais (43%).

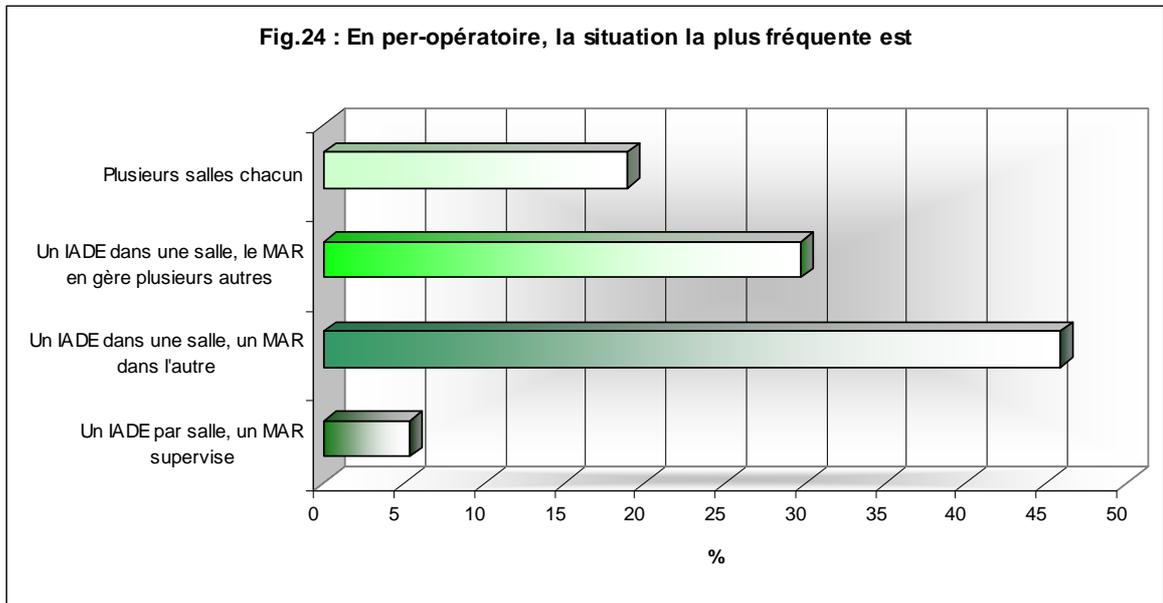
³⁴ Article R 229-19 du code pénal
³⁵ Article L5212-2 du code de la santé publique

Fig.23 : La règle de sécurité MAR n+1 est en général



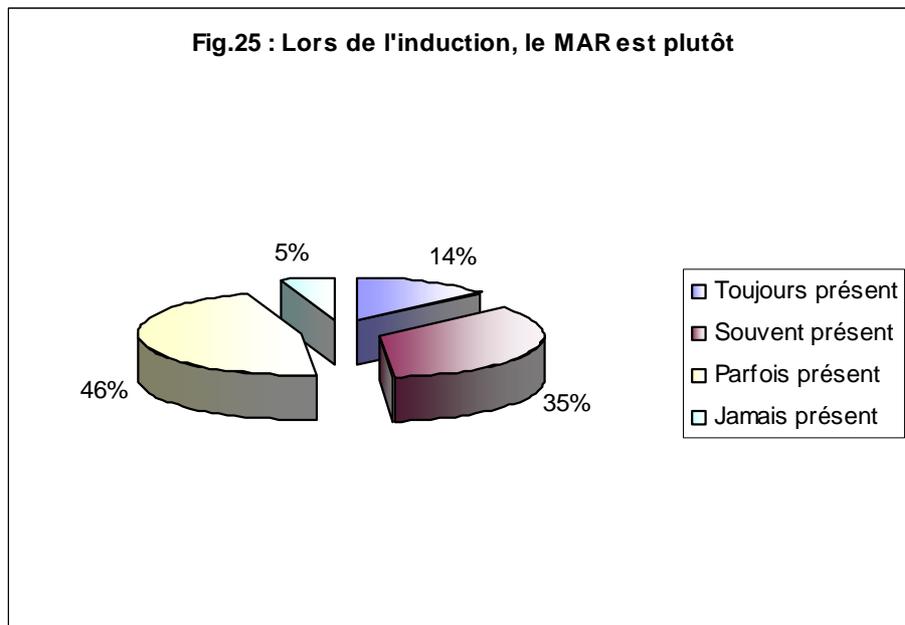
De même que la sécurité anesthésique passe par la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur susceptible de pouvoir intervenir à tout moment, on se rappellera en corollaire que l'IADE est habilité à « réaliser » des actes concourant à l'anesthésie à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment. Ceci implique donc que le médecin anesthésiste supervise par exemple, deux salles gérées par des IADE, mais en aucun cas que celui-ci se rende indisponible en gérant lui-même une ou plusieurs salles.

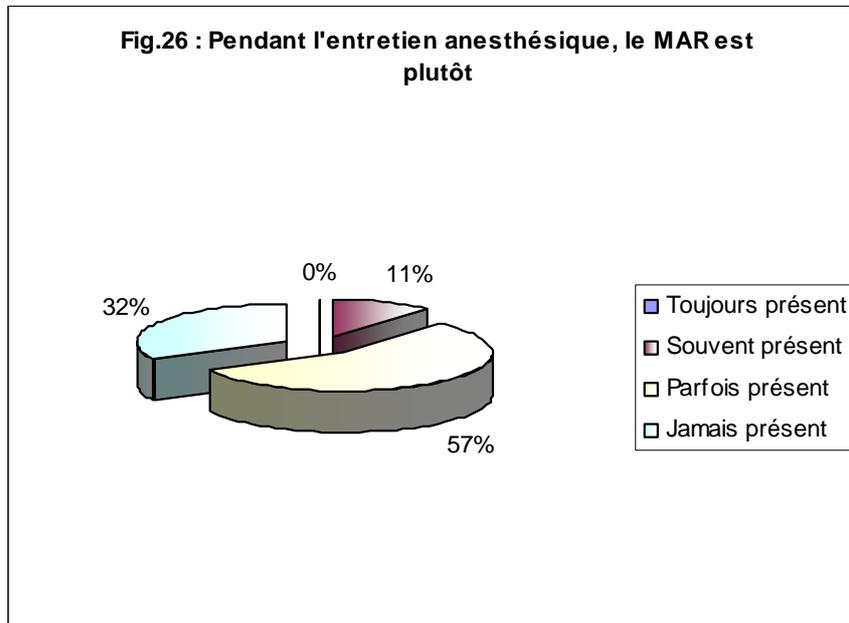
La fig.24 nous révèle que finalement cette organisation idéale n'est réalité que dans 5% des cas. En majorité, l'IADE gère une salle pendant que le médecin anesthésiste en gère une autre dans 46% des cas, mais dans un peu moins de 30% des cas, le médecin gère plusieurs salles seul en plus de sa supervision de la salle IADE. Enfin, une proportion non négligeable de presque 19% déclare superviser plusieurs salles pendant que le médecin lui-même en supervise plusieurs autres : ce sont ces mêmes établissements qui semblent volontiers écarter la règle MAR n+1, puisque sur ces 19%, plus des deux tiers ne respectent jamais ou parfois la règle de sécurité MAR n+1.



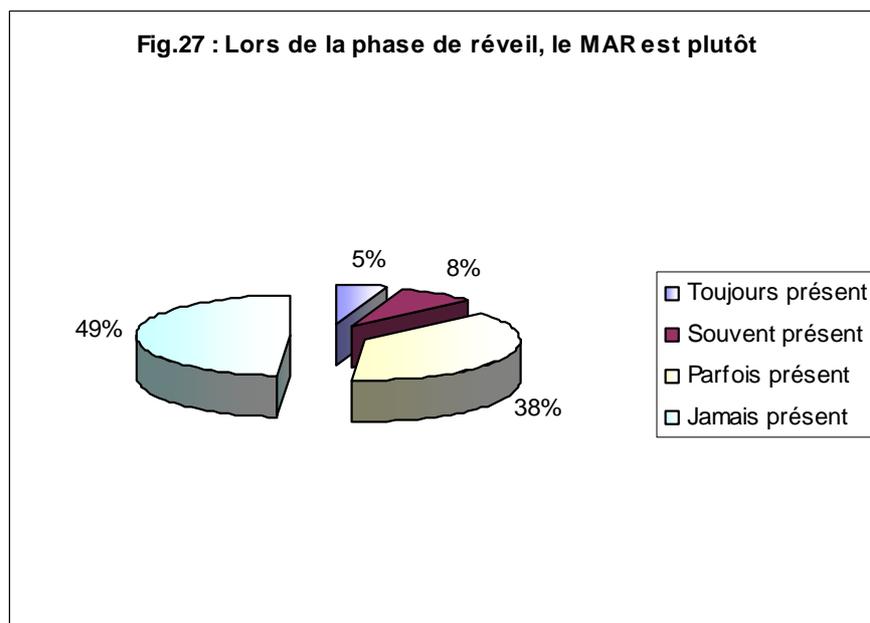
6.3- La présence du MAR lors des différents temps de l'anesthésie.

Les figures 25,26,27 nous renseignent sur la présence effective du MAR auprès de l'IADE durant les phases d'induction, d'entretien et de réveil.





Si le médecin anesthésiste est volontairement plus présent durant la phase d'induction (48,6% de toujours ou souvent présent), sa présence chute lors de la phase de l'entretien anesthésique avec une présence de 10,8% et de 13,5% au réveil. Il ressort clairement que le médecin anesthésiste confie volontiers la poursuite d'une anesthésie à un IADE une fois la phase d'induction passée. On notera tout de même que les médecins anesthésistes employeurs sont près de 51,4% à être parfois ou jamais présent lors de l'induction anesthésique, ce qui confirme l'enquête des pratiques déclarées du SNIA repris en Fig.2.



Afin d'éclaircir les comportements influençant la présence effective du médecin anesthésiste réanimateur auprès de l'IADE, il a été demandé aux questionnés de

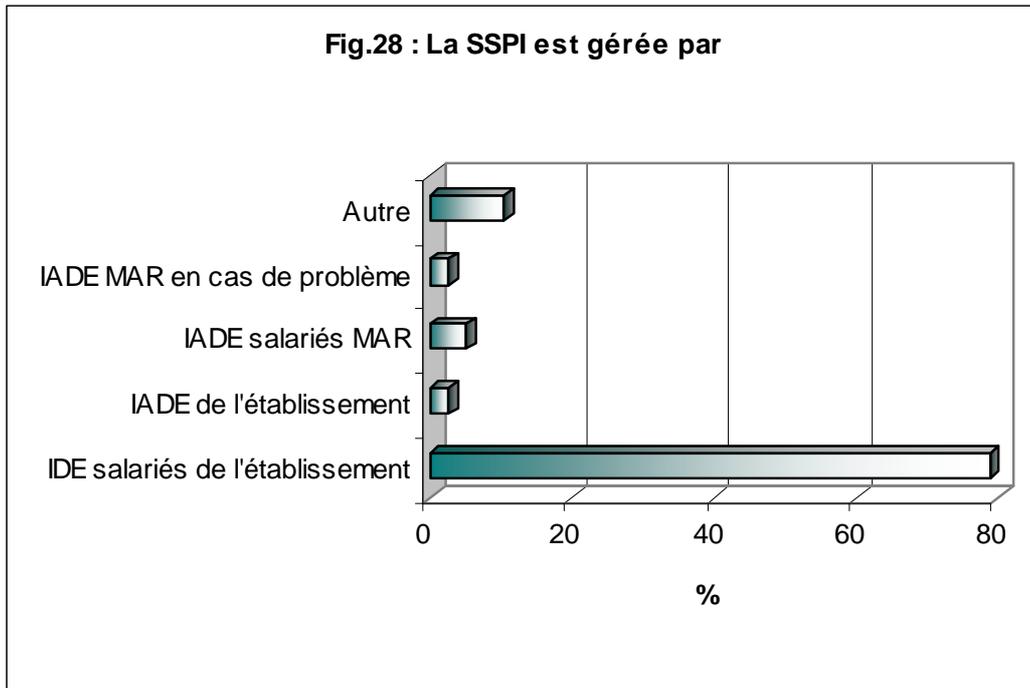
préciser le comportement du MAR en cas de patient lourd au score ASA élevé ou d'anesthésie nécessitant des techniques complexes.

En cas de score ASA élevé, le MAR est aussi ou plus présent à 49 et 48%.

En cas de techniques complexes, il est aussi ou plus présent dans 41% et 48% des cas.

Reste 3% de MAR moins présents en cas de score ASA élevé et 11% en cas de technicité de l'acte. Ces cas recensés ne trouvent pas d'explication rationnelle dans le cadre de cette enquête. Peut-être faut-il émettre les hypothèses qu'en cas de difficulté, une minorité applique la politique de l'autruche laissant à leur IADE le soin de gérer ces cas complexes, ou alors que l'IADE s'aperçoive plus volontiers de l'absence de l'anesthésiste à ses côtés dans ces moments difficiles.

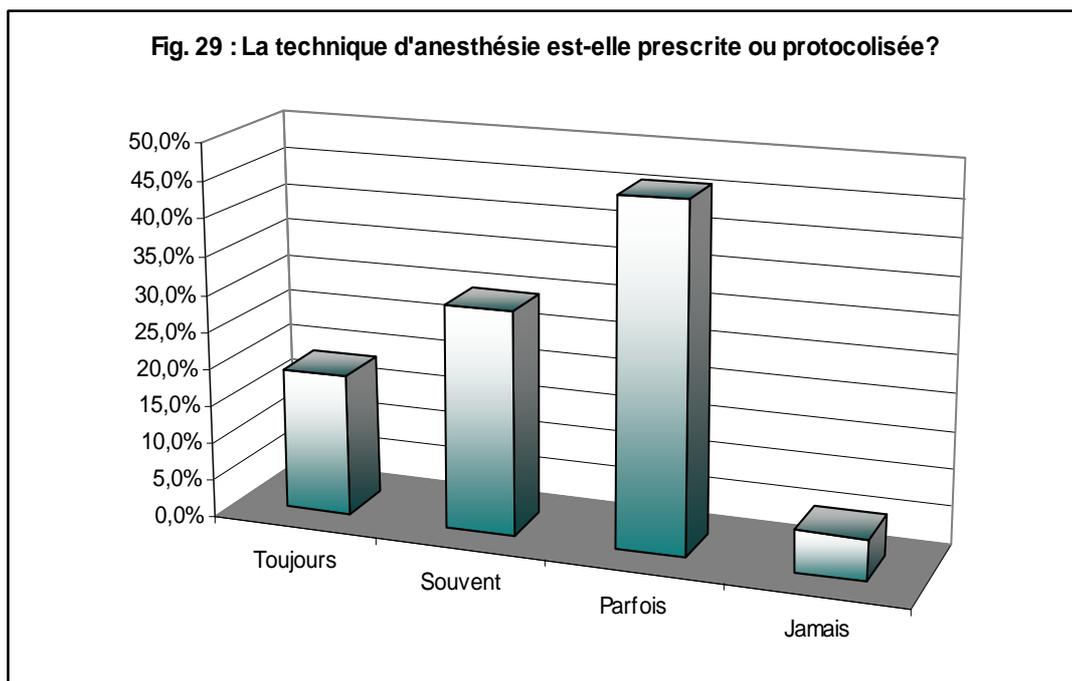
Enfin, l'enquête s'est penchée sur le post-opératoire immédiat, à savoir la surveillance en salle de soins posts-interventionnels. Dans la très grande majorité des cas, la surveillance post-opératoire immédiate est confiée à des Infirmiers Diplômés d'Etat salariés de l'établissement de santé (Fig.28). Dans une moindre mesure, cette surveillance peut-être confiée à des IADE salariés des MAR (5% des cas), par les IADE salariés des MAR en cas de complication post-opératoire (2,6%), ou par des IADE directement salariés des établissements (2,6%). Enfin, reste 10,5% de la surveillance post-opératoire confiée à d'autres personnels d'après les questionnés, sans plus de précision. L'enquête est ici limitée par le fait de n'avoir pas demandé de préciser ce qu'était cet « Autre ». On peut émettre les hypothèses d'IDE directement salariés de MAR employeurs, d'infirmières puéricultrices dans le cas de chirurgie pédiatrique, de sages-femmes dans les secteurs d'obstétrique ou éventuellement d'appel à du personnel non diplômé faisant fonction comme l'a fait remarqué un sondé.



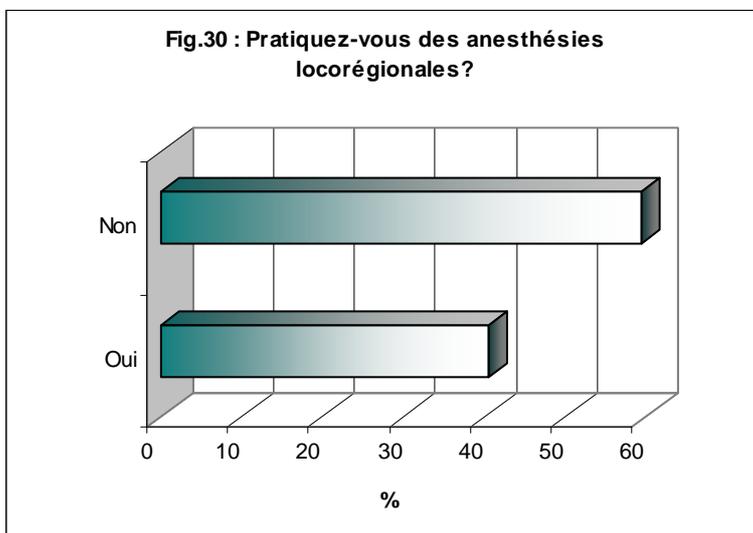
6.4- Les pratiques déclarées

Troisième partie de l'enquête consacrée à l'exercice professionnel, les questionnés ont été interrogés sur les pratiques déclarées.

Le graphique Fig.29 nous renseigne que, malgré la réglementation et les recommandations des sociétés savantes, l'existence d'une prescription ou d'un protocole d'anesthésie n'est constante que dans 18,9% des cas, et souvent dans 29,7% des cas. Reste que dans 45,9% des cas, la technique ne fait que parfois l'objet de prescription et est totalement absente dans 5,4% des cas, laissant l'IADE dans une totale illégalité.



Autre sujet à controverse, la pratique des anesthésies loco-régionales par les IADE est courante puisque 40,5% des IADE déclarent les pratiquer (Fig.30). Cette déclaration est conforme aux pratiques déclarées de l'enquête SNIA de 2001, où 44% affirmaient déjà appliquer cette technique, tous secteurs confondus.

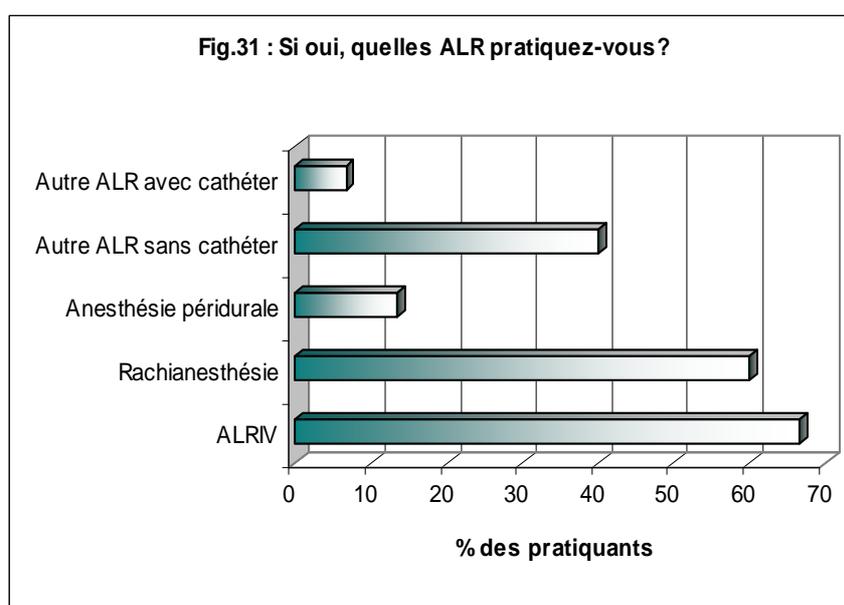


Si la pratique des ALR ne fait aucun doute, je me suis penché sur les types d'ALR pratiqués par les IADE salariés des MAR employeurs.(Fig.31)

L'ALRIV arrive en tête des anesthésies loco-régionales, palmarès

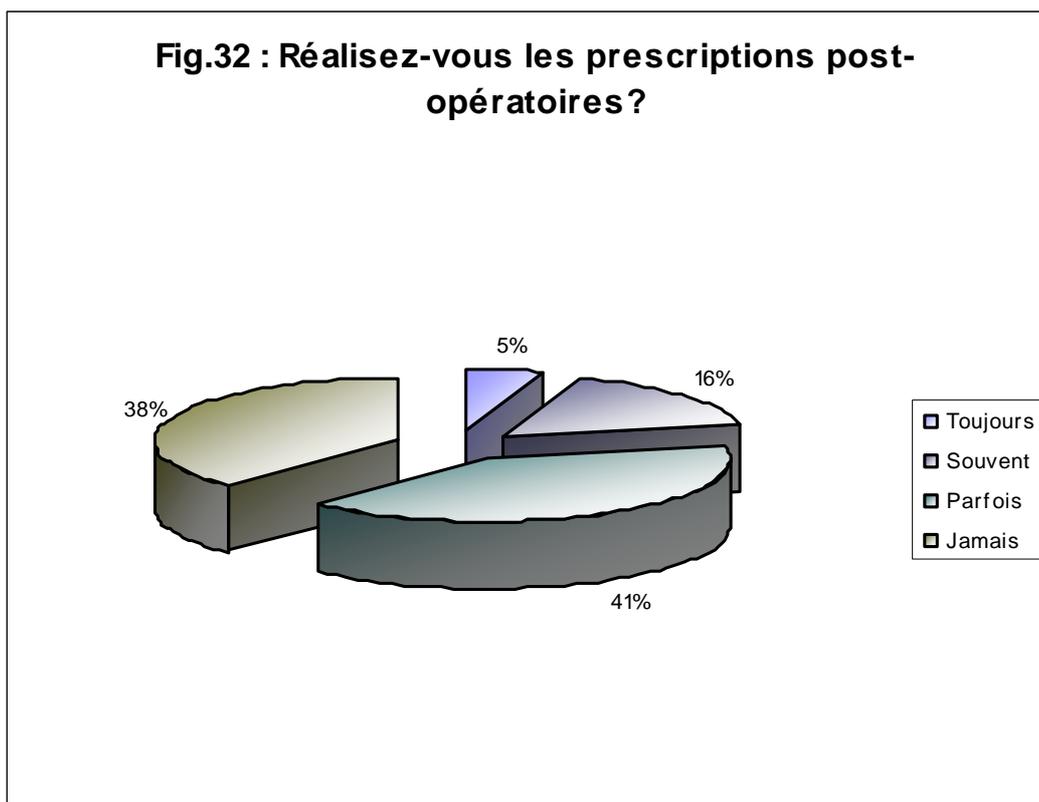
logique de part la simplicité de la mise en œuvre de cette technique. Elle est talonnée de très près par la rachianesthésie suivie d'autres ALR sans dispositif. Si malgré l'opposition de la SFAR, ces gestes restent réglementairement faisables, il n'en est plus de même pour l'anesthésie péridurale pratiquée par 13,3% des IADE déclarant réaliser des gestes d'ALR, ni pour les 6,7% d'autres réalisant des ALR avec pose de dispositif.

Enfin, s'il reste un domaine clairement défini, du domaine exclusif du médecin anesthésiste et ne faisant l'objet d'aucune interprétation contestée de textes, c'est bien le domaine de la



prescription post-opératoire. Si 41% des IADE déclarent ne jamais faire les

prescriptions post-opératoires, 38% ont révélé prescrire occasionnellement et 21% souvent à toujours. Limite de l'enquête également, il est possible qu'une partie des IADE ayant répondu par la positive le fassent par un système informatique appliquant un protocole prédéfini, introduisant ainsi une dose de confusion lors de la compréhension de la question, dont les résultats sont donc à prendre avec beaucoup de relativité. Quoiqu'il en soit, il est clair que l'IADE sortirait ici clairement de son champ de compétence, risquant de s'attirer les foudres des articles L4161-5 et suivants du code de la santé publique³⁶.

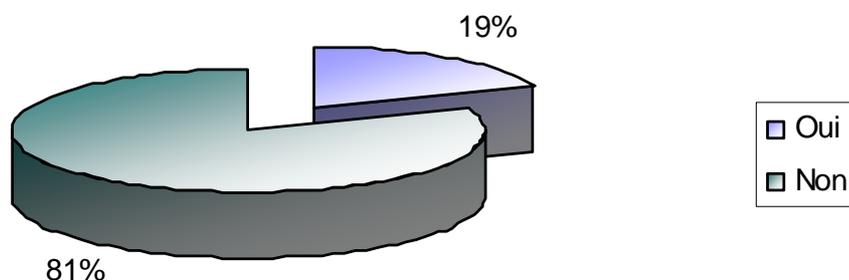


Enfin, j'ai tenté d'évaluer la participation effective des IADE interrogés aux choix des nouveaux matériels : Force est de constater qu'une faible partie d'entre eux a la possibilité d'influencer ces décisions, puisque seuls 19% des participants déclarent en effet une participation active à ces choix. (Fig.33)

³⁶

Articles relatifs à l'exercice illégal de la médecine.

Fig . 33 : Participez-vous au choix lors de l'acquisition de nouveau matériel?



7- Le ressenti des IADE salariés

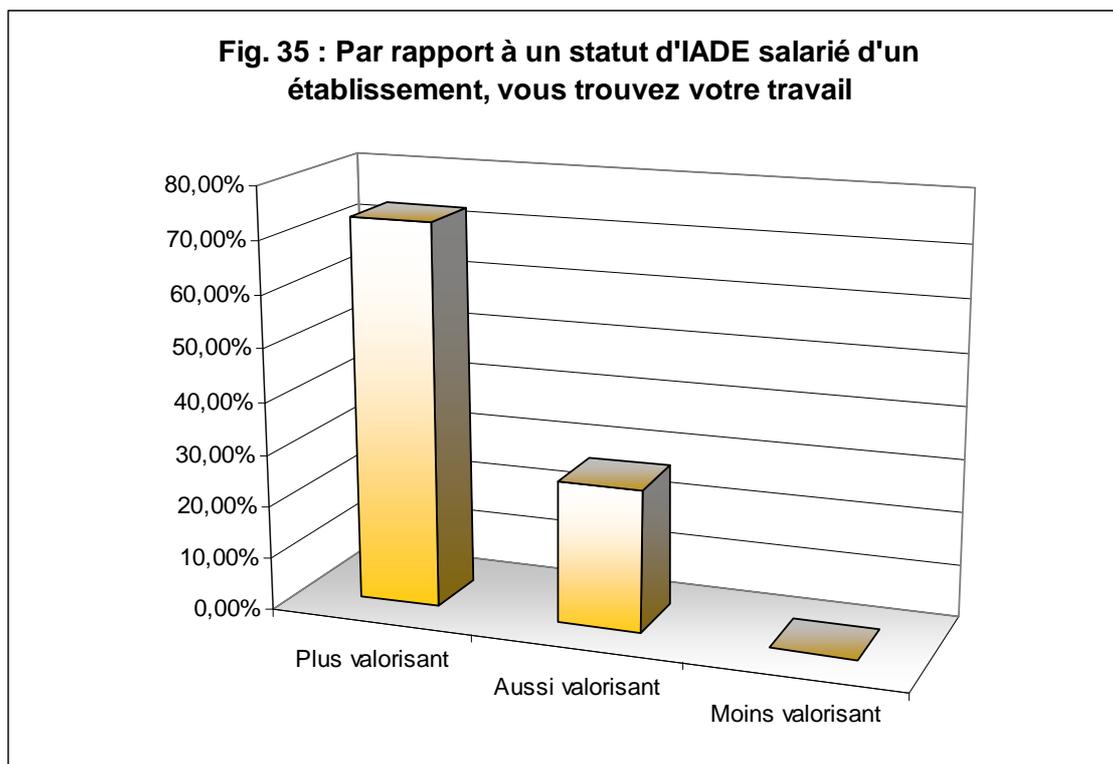
Le dernier point de l'enquête a été consacré au ressenti de l'IADE concernant son emploi par un médecin employeur par rapport au statut d'IADE salarié d'un établissement, sur cinq critères que sont la valorisation, l'indépendance, la sécurité, le stress et le salaire, ainsi que sur les rapports à l'équipe chirurgicale. Concernant cette dernière, il avait été demandé aux sondés de qualifier leurs rapports à l'équipe chirurgicale par le biais de trois adjectifs.

Il en est ressorti qu'en majorité des relations sont qualifiées de confraternelles, complémentaires, professionnelles et empreintes de confiance. Toutefois, sept sondés, soit quasi 19% des réponses, les estiment plutôt conflictuelles, souvent par manque de temps, et font part d'un sentiment d'indifférence voir d'irrespect.

Le statut d'IADE salarié des MAR est reconnu par les intéressés comme généralement plus valorisant : ce critère, parfaitement subjectif, est corroboré par nombre de commentaires à la question « Que pensez-vous de ce mode d'activité ». Un des thèmes développé lors de cette question ouverte a été celui de l'indépendance acquise par ce biais (« *Beaucoup plus d'indépendance avec une prise en charge plus complète(...)* », « *(...)ne suis plus qu'un simple exécutant* »,

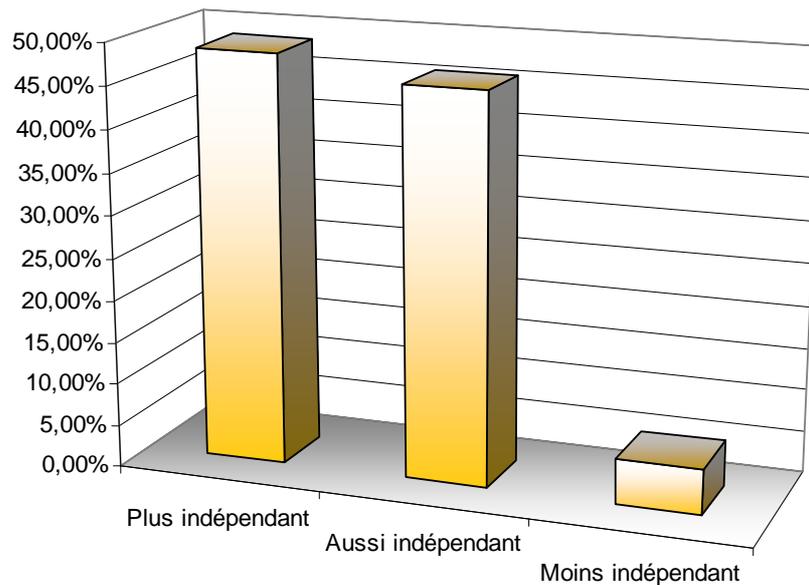
« (...)j'aime cette indépendance et ce respect entre professionnels(...) »), souvent mis en relation avec un sentiment de valorisation de la fonction.

D'autre part, nombre de réponses ont insisté sur la souplesse de ce mode d'exercice permettant de compléter un autre poste, tendance corroborée avec la déclaration d'activité annexe de 65% (« Très bien pour boucler les fins de mois », « Intéressant pour compléter quelques heures creuses de manière régulière », « (...)pour compléter un salaire minable de la fonction publique(...) »)



La notion d'indépendance est plus nuancée (Fig.36), les IADE trouvant de manière à peu près équivalente leur travail aussi ou plus indépendant. Quelques rares IADE se trouvent moins indépendants dans ce mode d'exercice que s'ils étaient salariés d'un établissement quelconque.

Fig. 36 : Par rapport à un statut d'IADE salarié d'un établissement, vous trouvez votre travail

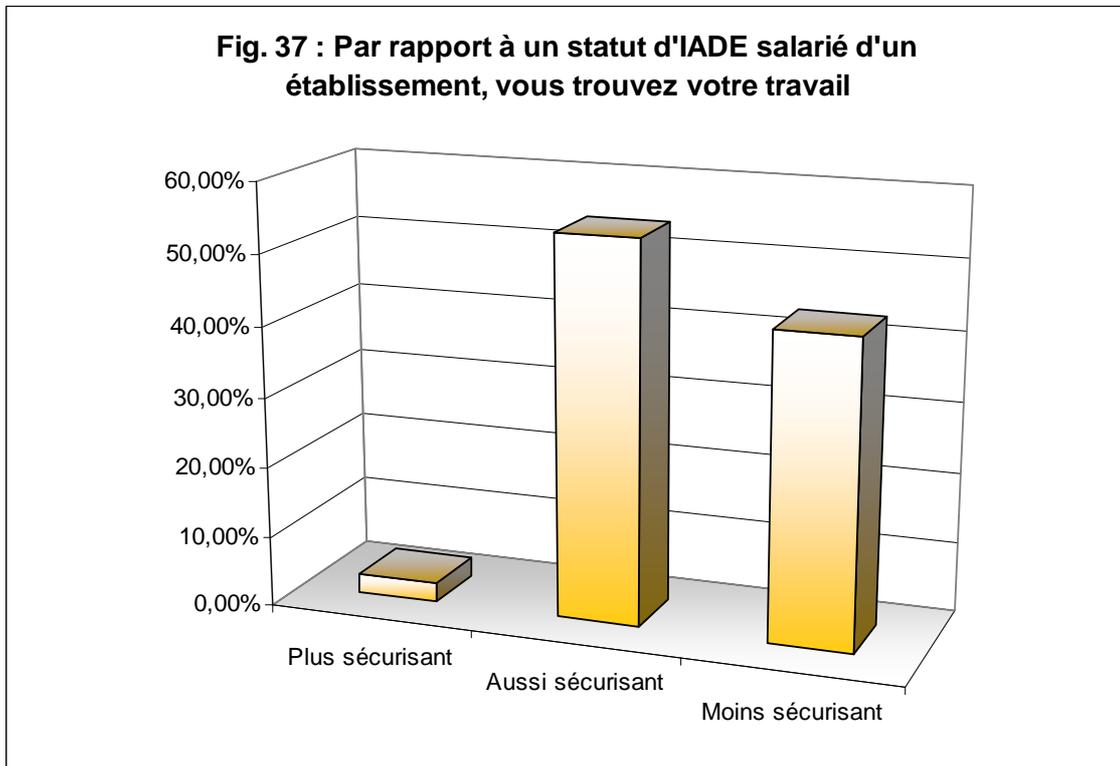


L'aspect sécuritaire de l'exercice semble quand à lui mis à mal : si une majorité se sent autant en sécurité que si elle était salariée d'un établissement, ils sont plus de 40% à se sentir moins en sécurité. Ce sentiment est à mettre en lien avec les pratiques déclarées et l'absence plus marquée du médecin anesthésiste réanimateur mis en lumière. Dans cette rubrique, nombres de commentaires ont précisé que l'IADE devait avoir un caractère assez solide pour ne pas se laisser entraîner dans des situations à risque :

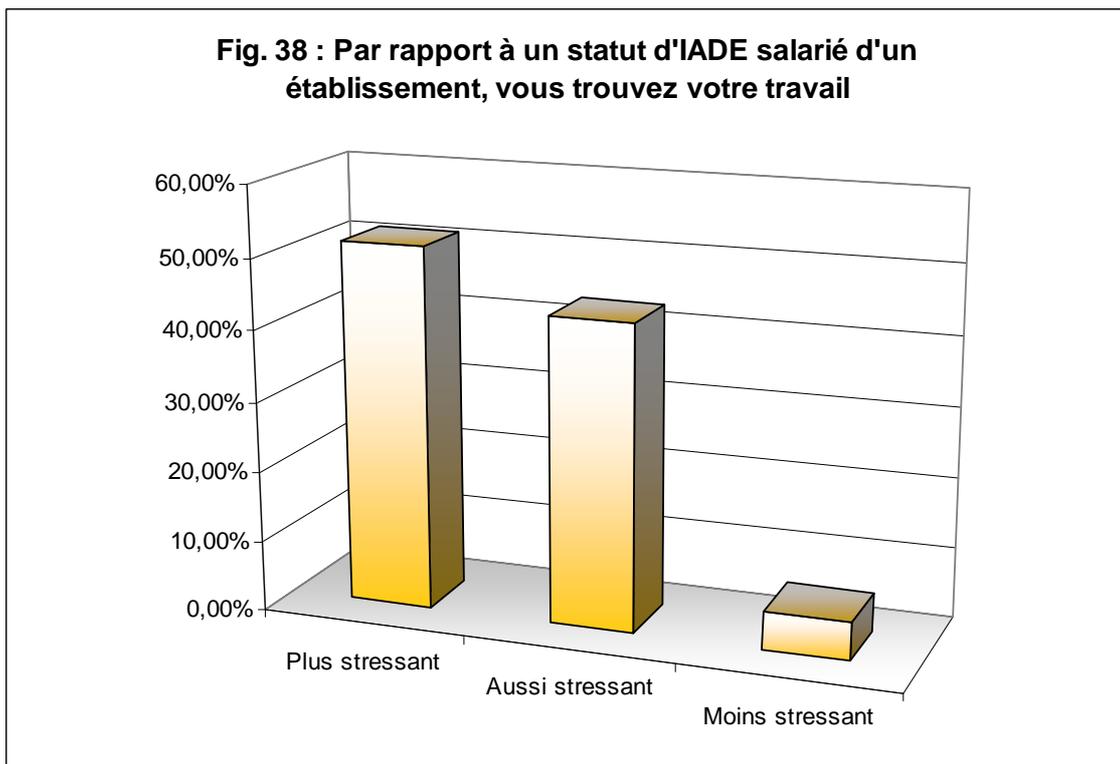
« Les missions des MAR et des IADE se confondent, mais pas les salaires. Je le conseille, mais avec une solide expérience et un caractère trempé »

« Plus d'indépendance, meilleur salaire, mais nécessaire de ne pas se laisser embarquer dans des cas ingérables »

« Intéressant, mais il ne faut pas se laisser faire et savoir imposer son point de vue »

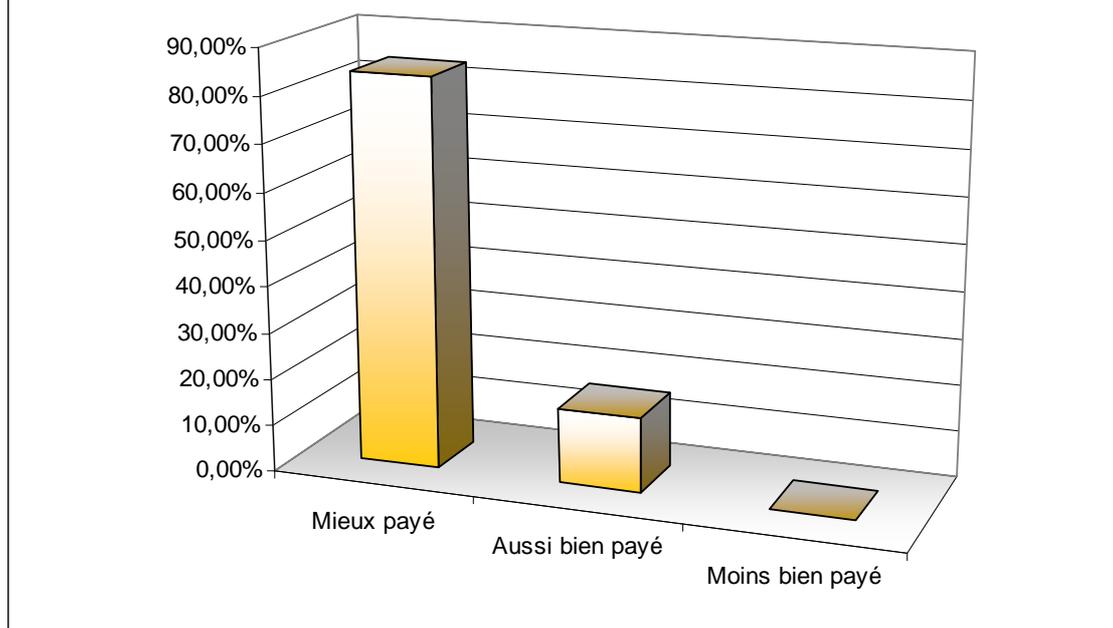


Symptôme de l'aspect sécuritaire, le stress au travail est mis à l'index par plus de la moitié des IADE questionnés (Fig. 38)



Enfin, concernant le salaire, plus des quatre cinquièmes des personnes interrogées soulignent qu'il est plus intéressant que celui d'un IADE salarié d'un établissement.

Fig. 39 : Par rapport à un statut d'IADE salarié d'un établissement, vous trouvez votre travail



Il aurait été intéressant d'obtenir une comparaison chiffrée, mais mes recherches préliminaires à ce travail m'ont clairement démontré que les IADE n'étaient pas prêts à répondre clairement à cette question. Toutefois, mes recherches personnelles en vue d'un emploi post DE m'ont révélé que les taux horaires allaient de 18 à 30€ bruts de l'heure, taux variant plus volontiers selon la région que selon l'activité, région parisienne en tête. Les salaires devraient en conséquence varier de 2700 à 4500€ bruts mensuels pour un équivalent temps plein. Ces salaires sont en effet plus élevés que la moyenne, mais au vu de certaines des conditions de travail révélées, il est à se demander s'il ne s'agit pas parfois du « salaire de la peur ».

Il a été demandé aux IADE de bien vouloir donner leur avis sur ce mode d'exercice.

Il ressort de la lecture de ces commentaires la notion d'un degré d'indépendance supplémentaire, avancé par de nombreuses personnes. Le second point mis en avant est la nécessité d'une certaine prudence. Enfin, nombre d'IADE a placé dans leur avis qu'il s'agissait d'un mode d'exercice répondant au manque de reconnaissance financière de l'exercice salarial classique.

En conclusion de l'enquête, il a été demandé aux IADE salariés des médecins s'ils conseilleraient ce type d'exercice à leurs confrères. La réponse a été favorable dans 86% des cas.

Conclusion

Ce travail d'intérêt professionnel a été pour moi d'une grande utilité. Outre le fait qu'il m'a permis d'affiner ma méthodologie de recherche et d'analyse, il m'a mis à jour un aspect de la profession qui m'était quasi inconnu et plein de préjugés.

L'intérêt professionnel n'est à mes yeux plus à démontrer : IADE dans quelques mois et libre de tout engagement, je serais probablement sollicité pour quelques remplacements. Ce travail m'aura permis de dégager le terrain et de mettre à l'index les points essentiels à ne pas négliger pour exercer en toute sécurité. Les commentaires et avis des IADE expérimentés seront en ce sens autant de conseils pour moi et pour le lecteur de ce travail intéressé par ce mode d'exercice.

Bibliographie

1. Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation 25 P1090-1095, Ed. Elsevier, Le médecin face à la procédure pénale: Points de vue du médecin et du juriste, G. Le Gall, F. Le Gall, C. Clément, R.Borg
2. Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation N°26, P184-188, Ed.Elsevier, Décès au cours d'une adénoïdectomie avec anesthésie générale réalisée intégralement par une iade seule, C.Sicot, M-C Laxenaire
3. Arrêté du 17 janvier 2002, relatif à la formation conduisant au DE IADE
4. Code Civil 2007, Edition Dalloz
5. Code de Procédure Pénale, Edition Dalloz
6. Code Pénal Dalloz
7. Code de la Santé Publique Commenté, Edition 2007, Frédérique Dreifuss-Netter, Editions Lexis Nexis Litec
8. Décisions de justice, revue Responsabilités Vol 7, Dr C. Sicot, N. Gombault, Mars 2007
9. Dictionnaire Médical, Jacques Quevauvilliers, Edition Masson
10. La responsabilité de l'IADE, Bulletin d'information de l'association des infirmiers diplômés anesthésie région aquitaine, N°38, Juin 1999
11. Le décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste, Maroussia Galpérine, Oxymag N°67, décembre 2002
12. Le management des risques à l'hôpital, Etyan Ellenberg, Adap: actualités et dossiers en santé publique, Ed. Haut conseil de la santé publique
13. L'Express N°2736, Accidents Médicaux: Des risques surévalués, Vincent Olivier, 11/12/2003
14. L'Express N°2909, Procès d'une clinique chic, Martine Huret, 11/08/2007
15. L'Express N°2891, Ordre des médecins: la réforme nécessaire, Estelle Saget et Delphine Saubader, 30/11/2006
16. L'IADE de secteur public et assurance professionnelle, TIP IADE, Yann Morin, St Germain en Laye, 2005
17. L'infirmier Anesthésiste, Martine Nicolet, Médecine-Sciences, Editions Flammarion
18. MAR et IADE deux professions qui se complètent, ALLAIN Olivier, TIP IADE CHRU Lille, 2007
19. Mieux connaître les IADE, Thierry faucon, Oxymag N°63, Avril 2002
20. Mission "coopération des professionnels de santé: le transfert de tâches et de compétences", Rapport d'étape présenté par le professeur Yves Berland, octobre 2003, à la demande du ministre de la santé, Jean François Mattei
21. Nouveau Code de Procédure Civile 2007, Edition Dalloz
22. Pourquoi fait-on des erreurs? Mona Khattabi, Université de Montréal
23. Recommandations pour l'exercice de la profession d'IADE, SNIA
24. Responsabilité civile en secteur public: les IADE ont-ils intérêt à s'assurer? Eric Bunel, TIP IADE CHU Brest, 2004
25. Revue responsabilité, Le risque des professions de santé en 2005, MACSF
26. Revue responsabilité, Le risque des professions de santé en 2006, MACSF
27. Revue responsabilité, Le risque des professions de santé en 2007, MACSF
28. Traité D'Anesthésie Dalens, Groupe Liaison SA, Gestion d'une complication anesthésique: aspects juridiques, humains et administratifs, Sophie Gromb, Sept 2003
29. Traité D'Anesthésie Dalens, Groupe Liaison SA, Responsabilité médicale en anesthésie réanimation, Alain Garay, Février 2003

30. Traité d'Anesthésie Dalens, Groupe Liaison SA, Infirmier Anesthésie, Cadre réglementaire, exercice professionnel, responsabilité, Elisabeth Balagny
Fevrier 2001

Annexes

Questionnaire en ligne P49

Grille de lecture P52

CD-ROM P52

Questionnaire en ligne

Le questionnaire suivant ne reflète pas l'interactivité qu'il proposait en ligne : les menus déroulant et pop-up d'information ne sont évidemment pas interactifs ici.

Partie 1/4: Votre contrat de travail.

1.1 Quelle est votre durée horaire de travail hebdomadaire contractuelle?

Votre temps de travail est de :

Votre temps de travail est Choisi Imposé

Votre amplitude horaire quotidienne moyenne

1.2 Quelle est votre durée horaire de travail hebdomadaire effective?

1.3 Les heures supplémentaires sont: *(une seule réponse possible)*

Payées avec majoration Récupérées

Autre, précisez

Si payées, à partir de quand?

1.4 Votre contrat de travail vous oblige-t-il à souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle? Oui Non

Si non, en avez-vous souscrite une indépendamment: Oui Non

1.5 Votre contrat inclut-il une clause concernant votre formation continue:

Oui Non

Si oui, en quoi cela consiste-il?

1.6 Comment la société d'anesthésistes calcule-t-elle votre rémunération ?

1.7 Comment se réalise votre négociation salariale?

Partie 2/4: Votre exercice

2.1 En cas de pluralité des sociétés d'anesthésistes au sein de l'établissement, et en dehors d'un cas d'urgence vitale immédiate, les IADE salariés de ces sociétés réalisent-ils des actes pour une autre société médicale? Oui Non

2.2 L'équipement matériel vous permet-il de toujours exercer en toute sécurité?

Oui Non

2.3 En général, la technique d'anesthésie est prescrite ou protocolisée:(une seule réponse possible)

Toujours Souvent Parfois Jamais

2.4 Durant les différentes phases de l'intervention, diriez-vous que le médecin anesthésiste réanimateur est plutôt:

A l'induction:

A l'entretien:

Au réveil:

2.5 La présence effective du médecin anesthésiste est influencée par:(une seule réponse possible par item)

Le score ASA du patient: plus il est élevé

- Plus le médecin est présent
- Le médecin est aussi présent
- Le médecin est moins présent

Plus la technique employée est complexe:

- Plus le médecin est présent
- Le médecin est aussi présent
- Le médecin est moins présent

2.6 La règle de sécurité MAR n+1 est plutôt

NB: la sécurité MAR n+1 consiste en la présence d'au moins un médecin en sus des médecins en salle, pouvant intervenir à tout moment.

2.7 La salle de réveil post interventionnelle est gérée par

2.8 Pratiquez vous des anesthésies locorégionales? Oui Non

Si oui, lesquelles: *(Plusieurs réponses possibles)*

- ALRIV Rachianesthésie Anesthésie Péridurale
- Autre ALR sans pose de cathéter Autre ALR avec pose de cathéter

Si oui, qui vous a enseigné et validé cette (ces) pratique(s):

2.9 En per opératoire; la situation la plus fréquente est: *(une seule réponse possible)*

- Par un IADE par salle et un MAR supervisant
- Un IADE par salle, le MAR dans l'autre
- Un IADE sur une salle, le MAR en gère plusieurs autres
- Le MAR et L'IADE gèrent chacun plusieurs salles

2.10 En cas de nouveau matériel, bénéficiez-vous systématiquement d'une formation à son utilisation? Oui Non

Si non, comment gérez-vous ce nouveau matériel?

Participez-vous au choix lors de l'acquisition de nouveau matériel? Oui Non

2.11 Réalisez-vous les prescriptions post-opératoires:(une seule réponse possible)

Toujours Souvent Parfois Jamais

2.12 Avez-vous déjà eu un litige avec un médecin employeur? Oui Non

2.13 Dans ce cas, comment ce litige a-t-il été géré?

Partie 3/4: Votre ressenti

3.1 Par rapport à l'exercice IADE salarié d'un établissement, vous trouvez votre exercice:
(Plusieurs réponses possibles)

- Plus valorisant Plus sécuritaire Mieux payé
- Plus indépendant Plus stressant
- Aussi valorisant Aussi sécuritaire Aussi bien payé
- Aussi indépendant Aussi stressant
- Moins valorisant Moins sécuritaire Moins bien payé
- Plus indépendant Moins stressant

3.2 Comment qualifieriez-vous, en trois adjectifs, vos relations de travail avec l'équipe chirurgicale:

3.3 Que pensez-vous de ce mode d'exercice?

3.4 Le conseillerez-vous à d'autres IADE? Oui Non

Partie 4/4: Votre identité socio-professionnelle

4.1 Votre âge

Vous êtes Un homme Une femme

Vous êtes En couple, marié, pacsé ou concubinage

Célibataire, séparé ou veuf

Nombre d'enfants: Aucun 1 2 3 4 et +

4.2 Quelle est votre ancienneté de diplôme d'état infirmier?

4.3 Quelle est votre ancienneté de diplôme d'état d'infirmier anesthésiste?

4.4 Dans quelle région se situe l'établissement dans lequel vous intervenez?

4.5 Quelle est la structure juridique de la société médicale qui vous emploie?

4.6 Quelle est l'activité de l'établissement où vous intervenez?

4.7 Depuis combien d'années y exercez-vous?

4.8 Exercez-vous une autre activité IADE en dehors de la SCP? Oui Non

4.9 Comment êtes vous entré dans cette société médicale?

Envoyer Maintenant

Réinitialiser le formulaire

Grille de lecture

En raison de la taille du fichier Excel de la grille de lecture, vous trouverez celle-ci sur le CD-ROM joint ci-dessous

CD-ROM

Le CD-ROM ci-dessous contient le fichier excel de la grille de lecture grille.xls. Une version libre au format open document est fournie via le fichier grille.ods , compatible avec toutes les plateformes utilisant open office.org et office one. Vous y trouverez également la version pdf de ce TIP.

Titre : L'infirmier anesthésiste salarié d'une société civile professionnelle
Auteur : CANDAS Jérémie

Mots Clés :

- Sécurité anesthésique
- Binôme MAR-IADE
- Responsabilité Civile Professionnelle
- Compétence
- Droit du travail
- Droit des sociétés
- Pratiques déclarées
- Sociétés civiles professionnelles

Méthodologie :

- Etude des pratiques déclarées des IADE
- Mise en évidence des différences entre les différents types d'employeurs
- Elaboration et mise en ligne, via Internet, d'un questionnaire interactif visant à affiner les pratiques déclarées dans le cadre d'un contrat de travail médecin employeur
- Population étudiée : IADE travaillant ou ayant travaillé pour des sociétés civiles professionnelles d'anesthésie réanimation
- 37 questionnaires ont été complétés pour 419 affichages

Résumé :

L'infirmier anesthésiste diplômé d'état a un choix restreint de possibilité d'exercice : toujours salarié, il peut l'être soit directement par un établissement de santé, soit par l'intermédiaire d'une société d'intérim réalisant une convention tripartite, ou enfin, être salarié d'une société civile d'anesthésie réanimation.

L'enquête SNIA des pratiques déclarées de 2001 a permis de mettre en évidence des différences pratiques fondamentales entre ces différentes relations contractuelles à l'employeur.

Une enquête spécifiquement destinée à la population des IADE employés directement par un médecin anesthésiste via une société civile a été réalisée afin de mieux connaître ses spécificités, ses conditions pratiques d'exercice et le ressenti des IADE qui y sont salariés.

Axé sur les thèmes du contrat de travail, de l'exercice quotidien, du ressenti et de l'identité socioprofessionnelle, cette enquête tente d'obtenir une photographie de ce mode d'exercice, en mettant en lumière ses pratiques, ses bénéfices et ses risques.