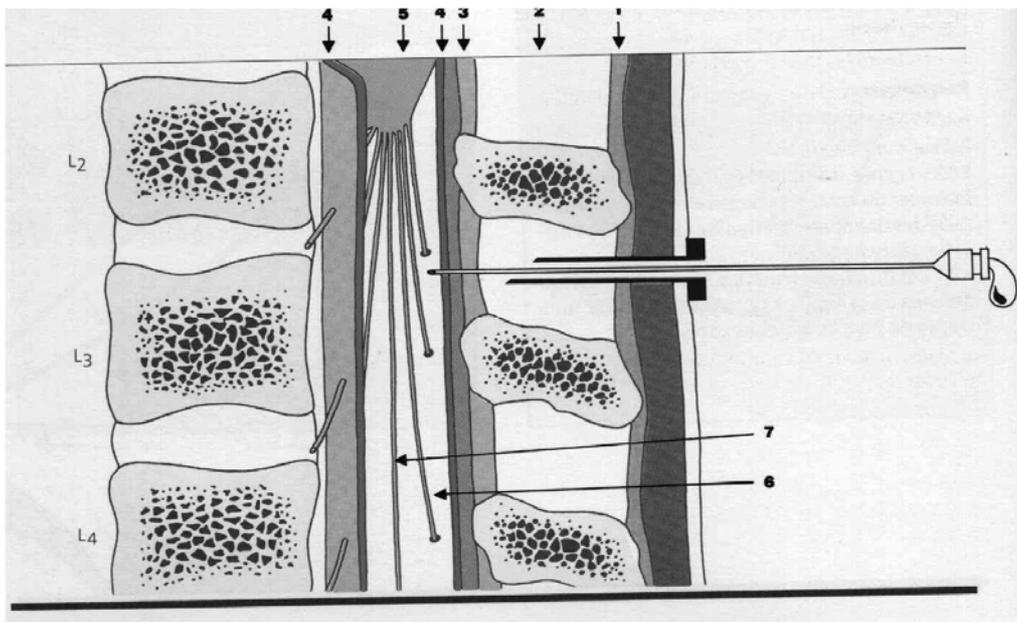


## La rachianesthésie et l'infirmier anesthésiste Réalité ou fiction ?



## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont permis d'aboutir à la réalisation de notre travail d'intérêt professionnel.

Merci aux IADE et aux MAR de l'île qui ont donné de leur temps pour remplir nos questionnaires.

Merci à Marie qui nous donné de son temps et de sa sueur.

Merci à M. Gérard Pelletier qui s'est proposé pour réaliser la guidance de notre travail.

Merci à Monsieur Bruno Lataste Vice Président du Tribunal de Grande Instance de ST Pierre.

Merci à Caroline pour son aide précieuse.

# SOMMAIRE

<b><u>I ) Introduction</u></b>	p.5
<b><u>II ) Pré-enquête</u></b>	
1 ) Objectif de la pré-enquête	p.7
2 ) Population	p.7
3 ) Analyse	p.7
<b><u>III ) Cadre Théorique</u></b>	
1 ) La Responsabilité de l'IADE	p.12
1.1 ) Les différents types de responsabilité	p.12
1.1.1 ) Responsabilité pénale	p.12
1.1.2 ) Responsabilité civile	p.14
1.1.3 ) Responsabilité disciplinaire	p.14
1.2 ) Les éléments de la responsabilité	p.16
1.2.1 ) La faute	p.16
a ) Faute personnelle	p.16
b ) Faute de service	p.17
1.2.2 ) Le dommage réparable	p.17
1.2.3 ) Le lien de causalité	p.17
2 ) Le texte réglementant la profession d'IADE	p.18
3 ) Les différents points de vue s'agissant de la pratique des ALR par l'IADE	p.20
3.1 ) Point de vue de la SFAR	p.20

3.2 ) Point de vue ordre des Médecins	p.23
3.3 ) Point de vue du SNIA	p.23
3.4 ) Point de vue juridique : entretien avec un magistrat	p.24
4 ) L'enquête SNIA : réalité sur le terrain	p.25

#### **IV ) Enquête**

1 ) Hypothèse de travail	p.26
2 ) Outils d'enquête, population, limites	p.26
3 ) Analyse IADE / MAR	p.27
4 ) Synthèse	p.38
5 ) Propositions	p.42

#### **V ) Conclusion**

<b><u>Annexe I</u></b> → Questionnaire pré enquête IADE	p.46
<b><u>Annexe II</u></b> → Questionnaire pré enquête MAR	p.48
<b><u>Annexe III</u></b> → Décret infirmier anesthésiste 29 juillet 2004	p.50
<b><u>Annexe IV</u></b> → Communiqué SFAR	p.58
<b><u>Annexe V</u></b> → Questionnaire IADE	p.62
<b><u>Annexe VI</u></b> → Questionnaire MAR	p.65

<b><u>Bibliographie</u></b>	p.68
-----------------------------	------

## INTRODUCTION

La rachianesthésie et l'infirmier anesthésiste : réalité ou fiction ?

Cette question, nous sommes deux étudiants à nous l'être posée en particulier ; c'est pourquoi nous avons décidé de travailler ensemble sur ce thème de recherche.

En effet, au cours de nos différents stages dans l'île, nous avons eu chacun de notre côté, un questionnement similaire sur la pratique des anesthésies loco-régionale et en particulier de la rachianesthésie .

Si nous avons eu parfois la possibilité de réaliser des rachianesthésies encadrées par le médecin responsable, à d'autres moments nous avons du faire face à une opposition très marquée.

Par exemple, alors qu'Olivier demandait au MAR de sa salle de pratiquer la rachianesthésie sur le patient pour lequel il avait établi ce protocole, un refus catégorique fut formulé par le médecin. Très étonné de cette demande, il s'écria même : « vous n'avez pas le droit ! »

Cédric a rencontré des difficultés similaires. Ayant pu réaliser ce geste à plusieurs reprises dans différentes structures, il lui paraissait évident de le pratiquer le plus souvent possible pour en acquérir au mieux la technicité.

Alors qu'il en faisait la demande à un MAR avec lequel il l'avait déjà réalisé, un IADE prit parti en expliquant à Cédric que ce geste ne relevait pas des compétences des infirmiers anesthésistes et surtout pas d'un élève.

Dans certains établissements ,la rachianesthésie est pratiquée par le médecin anesthésiste réanimateur exclusivement, dans d'autres, elle est réalisée par l'infirmier anesthésiste.

Nous avons remarqué que le sujet de la pratique de la rachianesthésie par l'infirmier anesthésiste soulevait de vives réactions, diverses et variées, même entre étudiants des promotions de l'école.

La préoccupation majeure touche à la question de la responsabilité.

Nous mettons à profit notre formation d'IADE pour apprendre de nouvelles techniques, pour améliorer notre autonomie et notre savoir faire, ceci tout en restant dans le cadre légal de nos compétences.

Nous ne pouvons accepter de nouvelles fonctions sans en assumer les responsabilités qui s'y rattachent.

Après discussion et concertation, nous avons donc décidé de travailler ensemble sur le thème suivant : dans quel cadre les infirmiers anesthésistes pratiquent-ils des rachianesthésies ?

Les IADE ont nul l'envie de remplacer le MAR et ont parfaitement bien intégré la réglementation dictée par le décret du 5 décembre 1994 qui place leur pratique de l'anesthésie sous **la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur et/ou du chef de service d'anesthésie réanimation.** ( Art D712.49 du dit décret ).

Nous allons tenter, par ce travail de recherche, de recentrer le débat hors des polémiques stériles en s'appuyant sur des données juridiques et professionnelles existantes et concrètes.

## II ) PRE-ENQUETE

Fort de notre première année d'expérience, nous avons profité de notre stage en métropole dans deux villes différentes pour affiner nos recherches et notre questionnement grâce à une pré-enquête .

### 1 ) Objectif de la pré-enquête

L'objectif était d'une part de recueillir des informations sur la pratique de la rachianesthésie en métropole et d'autre part, de cibler notre questionnaire pour notre enquête à la Réunion.

Elle a été effectuée dans deux villes distinctes (l'une au nord au CHU de Caen, l'autre au sud au CHU de Nîmes) sur le même terrain de stage en gynécologie-obstétrique, ce qui nous a donné différents aperçus de la rachianesthésie.

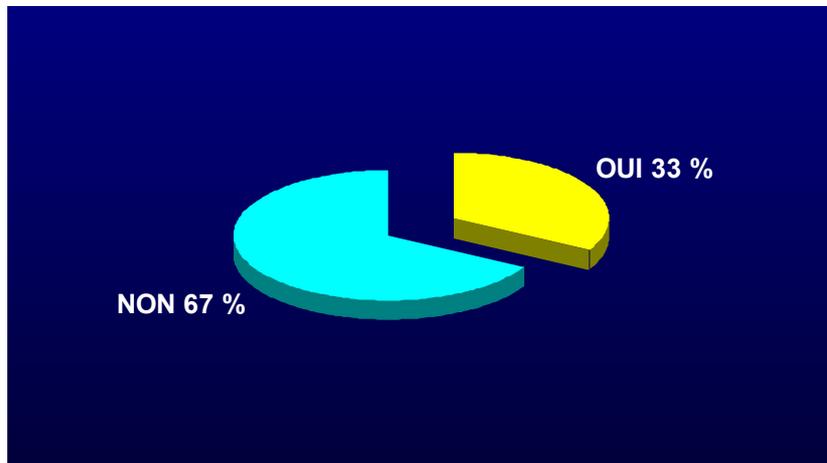
### 2 ) Population

Les personnes interrogées sont des IADE, mais aussi des MAR, le thème de notre recherche concerne les deux professions.

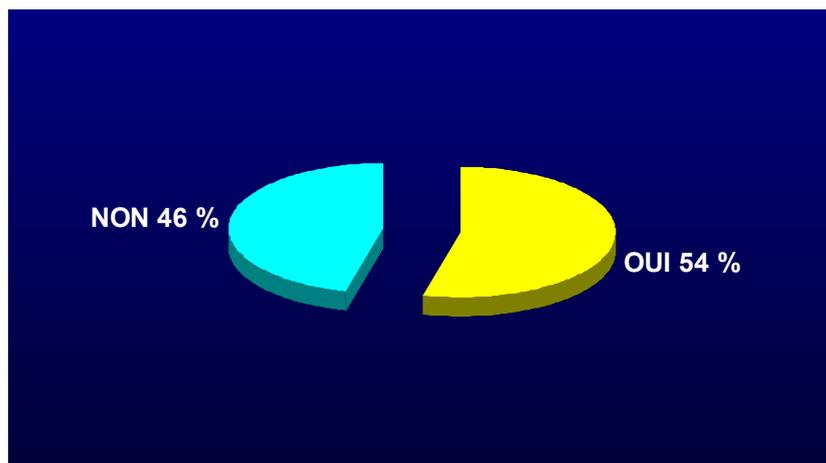
### 3 ) Analyse de la pré enquête

→ **Mini enquête auprès des Infirmiers Anesthésistes**

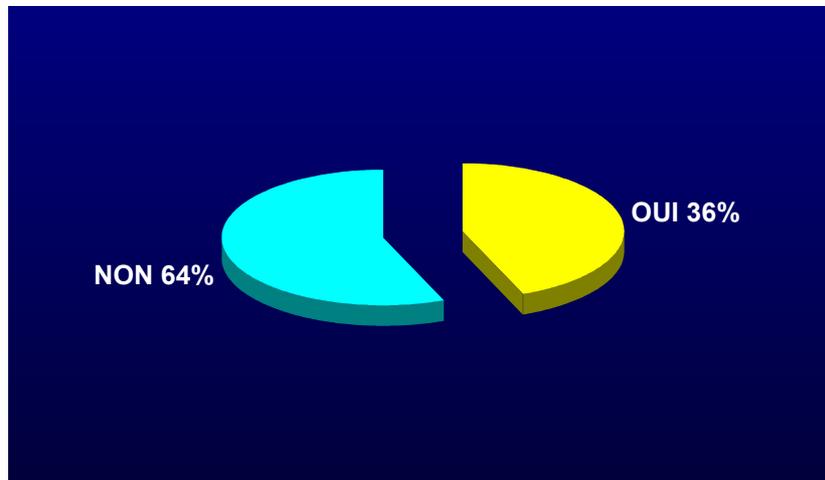
*Pratiquez-vous des Rachianesthésie en CHU ?*



*Connaissez vous des textes relatifs à l'IADE et à la pratique de la Rachianesthésie ?*



*Pensez vous avoir le droit de réaliser ce type d'anesthésie ?*



Les différentes réponses qui nous ont été données au cours de cette pré enquête ont mis en évidence que, sur les deux Centres Hospitaliers Universitaires, 33 % des IADE pratiquent régulièrement des Rachianesthésies contre 64 % qui n'en réalisent pratiquement jamais.

Nous avons réalisé un mini questionnaire à réponses ouvertes ce qui nous a permis un retour riche en informations et par la suite nous a aidé à affiner nos recherches.

Nous avons comptabilisé au travers de cette mini enquête que 64 % des IADE pensent que cette technique ne fait pas partie des actes autorisés relevant des compétences de l'Infirmier Anesthésiste. Nous nous sommes dès lors intéressés à la question de la législation entourant cette pratique car les discours et les avis étaient totalement opposés.

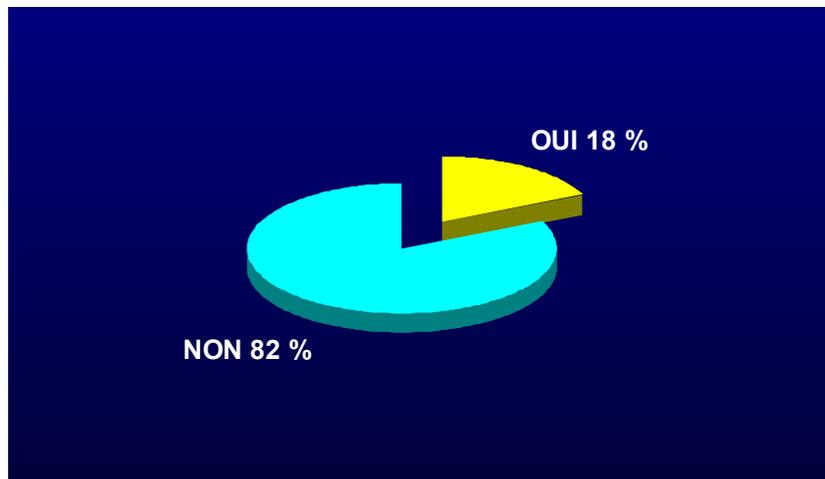
Parmi les réponses, la notion de formation pratique a souvent été évoquée comme un besoin par les IADE car les écoles en assurent la théorie mais pas la pratique.

La peur des responsabilités face à cet acte était également au second plan.

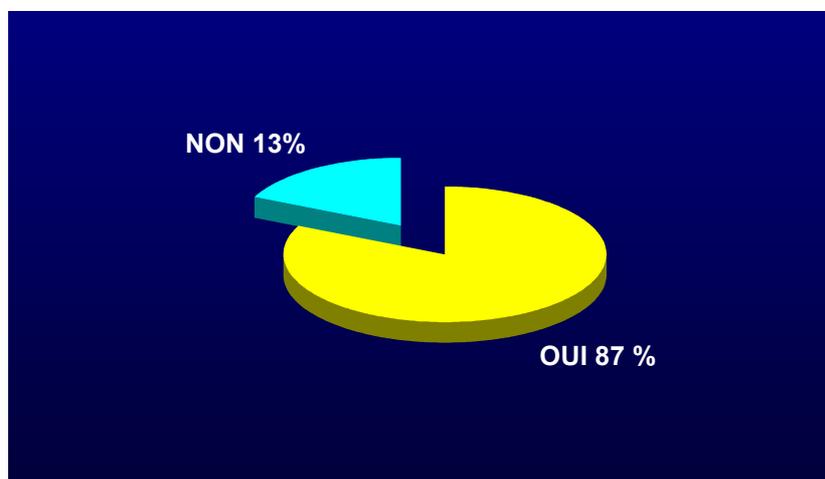
Il était indispensable pour nous d'interroger les Médecins Anesthésistes Réanimateurs ( MAR ) pour connaître leur point de vue sur ce sujet. Les réponses qui nous ont été rapportées ont attiré notre attention et nous ont permis de cibler plus précisément sur trois axes précis : la notion de formation, le cadre législatif autour de la Rachianesthésie et la notion de responsabilité.

→ **Mini enquête auprès des Médecin Anesthésiste Réanimateur**

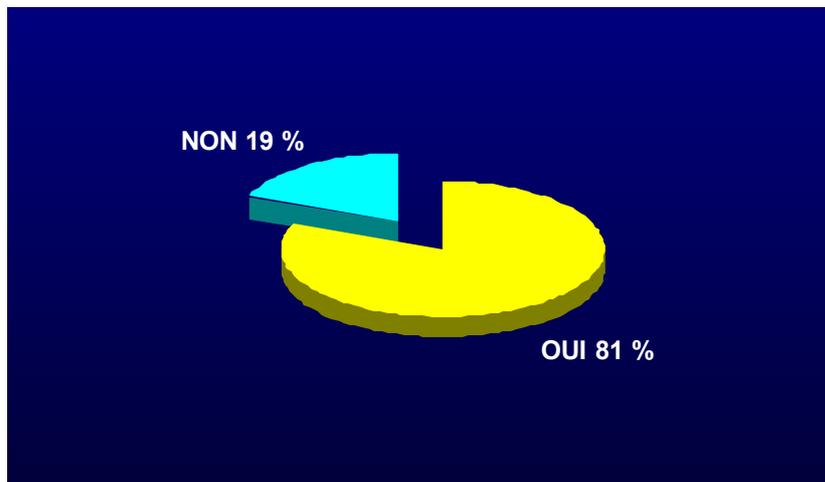
*Avez vous des demandes d'IADÉ pour pratiquer des Rachianesthésie ?*



*Etes vous d'accord ?*



*Pensez vous que l'IADE peut pratiquer des Rachianesthésies ?*



Les MAR ont formulé le souhait d'une formation pratique, indispensable pour une bonne réalisation de ce geste, ainsi que pour la prise en charge des complications.

Ces résultats sont significatifs. Les MAR ne s'opposent pas à ce que les IADE réalisent ce type d'anesthésie mais exigent toutes ces conditions.

Ces 2 mini pré-enquêtes nous ont permis de cibler plus précisément notre questionnaire définitif afin de comprendre pourquoi deux tiers des IADE interrogés ne réalisent pas de Rachianesthésie.

### III ) CADRE THEORIQUE

#### 1 ) La responsabilité de l'infirmier anesthésiste

L'infirmier anesthésiste exerce une activité à risque au sein d'une profession organisée . Il peut être amené à commettre des fautes, volontaires ou non, lesquelles sont susceptibles d'engager sa responsabilité.

Cette dernière se définit comme l'obligation de répondre de ses actes et d'en assumer les conséquences, vis à vis de la société (responsabilité pénale), des victimes (responsabilité civile) ou de son employeur (responsabilité disciplinaire) .

##### 1.1 ) Les différents types de responsabilités

###### 1.1.1 ) La responsabilité pénale

La responsabilité pénale est « *l'obligation de répondre de ses actes délictueux en subissant une sanction pénale dans les conditions et selon les formes prescrites par la loi* ». ( Lexique des termes juridiques, DALLOZ 2006 )

Selon leur gravité, les infractions sont classées en trois catégories :

- les contraventions qui sont punis d'une peine d'amende ;
- les délits, punis d'une amende et/ou d'une peine d'emprisonnement ;
- les crimes, punis d'une peine de réclusion ou de détention à temps ou à perpétuité, voire d'une peine d'amende et de peines complémentaires

Par principe, la responsabilité pénale est personnelle, l'article 121-1 du Code pénal précisant en effet que « *nul n'est responsable que de son propre fait* ».

Les infractions pénales sont poursuivies par le Ministère public et sont sanctionnées par les juridictions répressives au nom de la société.

En l'état actuel du droit , les infractions pénales susceptibles d'être commises par l'infirmier anesthésiste, en dehors des actes volontaires sont:

- l'homicide involontaire, infraction prévue et réprimée par l'article 221-6 du Code pénal qui prévoit que : « *Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3 , par maladresse , imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende .En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende* » ;

Entre dans ce cadre par exemple, les erreurs d'injection avec surdosage, de programmation d'une pompe à morphine, ou encore un défaut de surveillance en salle de soins post interventionnelle.

- les atteintes involontaires à l'intégrité physique, infraction prévue et réprimée par l'article 222-19 du Code pénal lequel dispose : « *Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45000 euros d'amende.* » ;

Peuvent par exemple être qualifié comme telles les complications nerveuses liées aux positions opératoires, les brûlures avec les dispositifs de réchauffement externe, les bris dentaires...

- Le défaut de matériovigilance, infraction prévue et réprimée par l'article 1.5461-2 du Code de santé publique : « *Le fait pour le fabricant, les utilisateurs d'un dispositif et les tiers ayant eu connaissance d'un incident ou un risque d'incident mettant en cause un dispositif médical ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers, de s'abstenir de le signaler à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est puni de quatre ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende* » ;

Il est donc important de signaler au correspondant de matériovigilance de l'établissement tout dysfonctionnement d'un dispositif médical par la réalisation d'une fiche de déclaration et de retirer ce dispositif s'il est susceptible d'entraîner la mort ou bien de graves complications.

### 1.1.2 ) La responsabilité civile délictuelle ou quasi-délictuelle

La responsabilité civile se définit comme « l'obligation de réparer le préjudice résultant de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui par son fait personnel ou du fait des personnes dont on répond », ( Lexique des termes juridiques, DALLOZ 2006 )

Le cadre de cette responsabilité est fixé par les dispositions suivantes :

- Article 1382 du code civil : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* » ;
- Article 1383 du code civil : « *Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son propre fait mais encore par sa négligence et son imprudence* » ;
- Article 1384 du code civil : « *On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait mais encore de celui qui est causé par le fait de personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous la garde* ».

Au sein de la fonction publique, l'infirmier anesthésiste ne peut voir sa responsabilité civile engagée qu'en cas de faute personnelle c'est-à-dire de faute détachable du service. En revanche, si cette faute est dite « de service », trouvant son origine dans un dysfonctionnement des services publics çà sera à l'hôpital d'assumer l'indemnisation des victimes.

### 1.1.3 ) La responsabilité disciplinaire

Tout manquement à une obligation professionnelle ou statutaire expose l'infirmier anesthésiste qui exerce dans la fonction publique à des sanctions disciplinaires. Ce manquement est généralement commis au sein du service mais une faute commise en dehors du service peut également engager la responsabilité disciplinaire dès lors qu'elle a une incidence sur le service.

La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière fixe les sanctions et le pouvoir disciplinaire appartenant à l'autorité de nomination.

Les sanctions se divisent en quatre groupes :

- premier groupe : l'avertissement et le blâme ;
- deuxième groupe : la radiation du tableau d'avancement, l'abaissement d'échelon, l'exclusion temporaire des fonctions pour une durée maximale de 15 jours ;
- troisième groupe : la rétrogradation, l'exclusion temporaire des fonctions pour une durée de trois mois à deux ans ;
- quatrième groupe : la mise en retraite d'office, la révocation.

L'infirmier anesthésiste doit respecter les règles instaurées par différents textes :

- le décret 2004-194 du 16 février 2002 et relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;
- le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 qui abroge le décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles ;
- l'arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux procédures de contrôle des matériels et dispositifs médicaux ;
- le décret 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 ;
- la loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Un droit de recours devant le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière est ouvert à l'infirmier anesthésiste qui voudrait contester la sanction qui lui a été infligée. Il pourra ensuite saisir soit le tribunal administratif pour le secteur public soit le tribunal de Grande Instance pour le secteur privé.

Les différentes responsabilités exposées, pénale, civile ou disciplinaire, sont indépendantes les unes des autres et peuvent dès lors être engagées simultanément.

La victime ne sera indemnisée que dans le cadre d'une seule procédure.

Pour que l'infirmier anesthésiste voit sa responsabilité engagée, encore faut-il que trois éléments soient rapportés : une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux.

## 1.2 ) Les éléments de la responsabilité

### 1.2.1 ) La faute

Juridiquement, la faute se définit comme l'attitude d'une personne qui par négligence, imprudence ou malveillance ne respecte pas ses engagements ou son devoir de ne causer aucun dommages à autrui.

Pour l'infirmier anesthésiste de la fonction publique, cette faute peut être personnelle ou bien dite de « service »

#### *a) La faute personnelle*

La faute personnelle est « un acte dommageable commis par un agent public en dehors du service ou présentant, bien que commis à l'occasion du service, le caractère soit d'une faute intentionnelle, soit d'une faute d'une extrême gravité » ( G Cornu 2000 ).\*

Sa réparation incombe personnellement à l'infirmier anesthésiste.

Il existe trois types de cas :

- une faute intentionnelle commise pendant l'exercice des fonctions (par exemple se rendre coupable d'un vol) ;
  
- une faute non intentionnelle commise en dehors de l'exercice des fonctions (par exemple renverser un piéton avec son véhicule personnel dans l'enceinte de l'hôpital) ;

- une faute non intentionnelle commise lors de l'exercice de ses fonctions, mais qui traduit une méconnaissance totale des devoirs professionnels ; elle est dite « lourde et/ou inexcusable ». Cela peut viser par exemple la réalisation d'actes de soins en dehors du cadre de compétence.

#### *b) La faute de service*

La faute de service est définie comme étant un «*acte dommageable commis par un agent public à l'occasion de l'exécution du service (ou non dépourvu de lien avec le service), dont la réparation incombe à l'administration* » ( G Cornu 2000).

Par exemple le bris dentaire qui peut survenir lors d' une intubation constitue une faute de service.

#### 1.2.2 ) Le dommage réparable

Puisque l'existence d'un dommage est nécessaire à la mise en œuvre de la responsabilité civile, c'est bien entendu à la victime qu'il incombe de prouver cette existence. Les tribunaux ont précisés les différentes variétés de préjudices pouvant être invoqués.

Il y a à coté du dommage matériel le dommage moral ou encore le dommage corporel. Ce dernier résultant d'une atteinte physique à la personne présente la particularité de combiner les éléments du préjudice matériel et du préjudice moral (frais médicaux, incapacité temporaire de travail, souffrances endurées...)

#### 1.2.3 ) Le lien de causalité

L'infirmier anesthésiste qui a commis une faute ne doit supporter que le poids des dommages qui sont la conséquences de sa faute, c'est à cette seule condition qu'on peut le qualifier d'auteur du dommage.

La victime qui demande réparation devra donc prouver non seulement la faute mais encore le lien de causalité unissant cette faute à son dommage.

## 2 ) Texte réglementant la profession d'IADE : Article 12 du décret du 29 juillet 2004

*"L'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur, puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à **appliquer** les techniques suivantes :*

- ▶ 1. Anesthésie générale ;
- ▶ 2. Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur ;
- ▶ 3. Réanimation per opératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole".

Ce décret pose beaucoup de problèmes d'application pour les différentes instances ; c'est pourquoi nous avons recherché tous les points de vue concernant cet article ainsi que par la suite la bonne interprétation juridique grâce à la rencontre avec un magistrat.

La formation des infirmiers anesthésistes est réglementée par l'arrêté du . Elle vise à l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques nécessaires à l'exercice de la profession.

C'est un enseignement à temps plein d'une durée de 24 mois. Les études se déroulent de la façon suivante : 700 heures d'enseignement théorique, pratique et dirigé et 70 semaines de stages.

Au terme de la formation, l'étudiant doit être capable de :

- Participer avec le MAR aux techniques d'anesthésie générale ou d'anesthésie loco-régionale.

- Prendre en charge la personne soignée en anesthésie, réanimation, traitement de la douleur et situations d'urgence.

L'enseignement reçu durant la première année est particulièrement lourd dans le domaine de la pharmacologie. L'élève devra acquérir les connaissances théoriques

sur les anesthésiques locaux actuellement utilisés, avec les indications, contre indications, pharmacodynamie et effets indésirables.

L'apprentissage des techniques est également au programme de la première année. Ce module aborde la consultation d'anesthésie et la prémédication, la prise en charge d'un patient au bloc opératoire et les soins relationnels en anesthésie.

De plus, les étudiants sont formés à la théorie des différentes techniques d'anesthésie. En ce qui concerne les anesthésies loco-régionales, l'arrêté précise que l'élève doit être sensibilisé aux différentes techniques, connaître les principes, l'entretien, la surveillance et la récupération et être en mesure de dépister les incidents et accidents relatifs à ce type d'anesthésie afin d'y palier.

En travaux dirigés et pratiques, l'étudiant est tenu de connaître les différentes techniques, le matériel qui s'y porte, les complications de chacune d'elles et la surveillance de celles-ci.

La deuxième année de formation est plus spécifiquement orientée sur la gynécologie et l'obstétrique. L'étudiant reçoit à cet effet un enseignement complet sur les techniques d'anesthésie loco-régionale en obstétrique. La surveillance, les incidents / accidents et leurs retentissements sur la femme et l'enfant, la conduite à tenir en cas de problème inhérent à l'application d'une de ces techniques, sont particulièrement approfondis.

Tout comme les étudiants en médecine, les élèves infirmiers anesthésistes bénéficient d'apports essentiellement théoriques. La mise en pratique de ceux-ci intervient lorsqu'ils se trouvent en stage dans les établissements de santé.

Si les infirmiers anesthésistes apprennent fréquemment aux internes en anesthésie la gestuelle de l'intubation, voire même celle de la mise en place de cathéters veineux périphériques, pourquoi les médecins anesthésistes n'apprendraient-ils pas aux IADE la gestuelle de certaines anesthésies loco-régionales telle que la rachi-anesthésie ?

### 3 ) Les différents points de vue s'agissant de la pratique des ALR par l'IADE

#### 3.1 ) Point de vue de la Société Française d'Anesthésie Réanimation

La SFAR est née en 1982 de la fusion entre l'Association des Anesthésiologistes Français (AAF) et de la Société d'Anesthésie, d'Analgésie et de Réanimation (SFAAR). C'est une association (Loi 1901) reconnue d'utilité publique. Elle a pour objet l'étude, l'avancement et l'enseignement de l'anesthésie et de la réanimation.

Dans cette optique, la SFAR a rédigé des recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie. La SFAR tient à préciser le rôle de l'IADE qui, pour elle, a essentiellement une fonction d'assistance et de surveillance et réaffirme l'idée que l'IADE n'est pas habilité à réaliser seul une anesthésie.

Plus tard, concernant le rôle de l'IADE, elle a édité des recommandations à propos de l'ancien article 10 du décret de compétence des IADE<sup>9</sup>, lequel a été remplacé par l'article R. 4311-12 du Code de la santé publique<sup>10</sup>. Elle a également fait un commentaire sur le décret ministériel relatif aux actes et à la profession d'infirmier.

La Société Française d'Anesthésie-Réanimation a réitéré son opposition formelle à la proposition de pratique d'actes d'anesthésie loco-régionale par l'infirmier(e) anesthésiste. Cette position est partagée par les autres instances de l'Anesthésie-Réanimation française, tels le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs et le Syndicat des Professeurs d'Anesthésie-Réanimation. Les médecins anesthésistes-réanimateurs sont par ailleurs tenus d'observer les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins, édictées le 9 janvier 2002, précisant que la réalisation d'une anesthésie loco-régionale demeure du ressort et de la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur.

---

<sup>9</sup> Décret n°2002-194 du 11 février relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

<sup>10</sup> Code de la santé publique décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnel et à l'exercice de la profession d'infirmier

Le point de vue de la SFAR est clair : « *L'anesthésie loco-régionale est un acte forcément et exclusivement médical. Outre la durée de l'indispensable formation théorique et technique, elle pose le problème fondamental de sa gestion. Elle implique de disposer des éléments médicaux de décision et d'adaptation face à l'imprévu, de savoir diagnostiquer et traiter instantanément un incident, une complication potentielle ou avérée, de pouvoir assurer la prise en charge d'effets indésirables prolongés ou d'une morbidité alléguée, sur les plans diagnostic, thérapeutique, relationnel, médico-légal, et ceci de façon durable. Cela ne saurait s'acquérir au terme d'une formation professionnelle de deux années, quelle qu'en soit la qualité.*

*Ceci suffirait à convaincre qui doute encore, que l'anesthésie loco-régionale est, et doit rester, une pratique médicale exclusive. Face à l'enjeu de sécurité, il n'est ni réaliste ni possible sur le plan éthique d'imaginer une possible délégation de pratique sans déni du contrat médecin-malade ».*

Le Journal officiel du 16/02/02 a publié le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Les termes de l'article 12 du décret pouvant être interprétés par certains comme l'autorisation donnée aux IADE de réaliser, à la demande du médecin anesthésiste réanimateur, des anesthésies générales, mais également loco-régionale (ALR), cela sous sa surveillance directe, puis qu'il doit être capable d'intervenir "à tout moment", la SFAR a réaffirmé sa position.

*« La réalisation de ces gestes par un infirmier IADE serait paraît-il déjà, dans certaines structures, un état de fait obligé en rapport avec la pénurie ou la multiplicité des tâches des médecins anesthésistes réanimateurs et responsable de leur manque de disponibilité. Pour d'autres praticiens, exerçant dans des spécialités "consommatrices" d'anesthésie, le souhait est grand de voir réaliser par les IADE certains actes d'anesthésie en l'absence de médecins anesthésistes réanimateurs.*

*Soucieuse de la qualité des soins et de la sécurité des patients, il y a plusieurs années déjà, la SFAR a, en accord avec les représentants de la profession, reconnu les IADE comme les plus proches collaborateurs des médecins anesthésistes réanimateurs, habilités à **participer** aux actes relevant de leur seule compétence, et à la mesure de leur qualification ».*<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Recommandation concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autre spécialistes ou professionnels de santé. Ordre national des médecins décembre 2001.

Peu de temps avant la parution du nouveau décret de compétence du 29 juillet 2004, la SFAR s'était exprimée sur *"les rôles respectifs des médecins anesthésistes réanimateurs et des infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état dans la conduite de l'anesthésie"*<sup>4</sup>

Récemment, le Conseil d'Administration de la SFAR a publié un texte d'information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier<sup>5</sup>.

Dans ce texte sont rappelées les récentes recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publiées en décembre 2001 et précisant la responsabilité exclusive, pour certains actes, du médecin anesthésiste réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste diplômé d'état<sup>6</sup>.

Ainsi est-il bien noté dans ce document que *« l'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste réanimateur qualifié. L'IADE ... ne peut pas entreprendre seul(e) une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie réanimation »*.

L'Autorité Ordinale a voulu faire reposer la nature et la responsabilité du geste technique réalisable par l'IADE sur le seul médecin anesthésiste réanimateur, excluant de ce fait toute pratique par l'IADE de l'anesthésie à la demande d'un médecin d'une autre spécialité ou d'une sage femme. Il faut rappeler à ce propos que la notion de délégation de tâche n'est possible qu'à niveau de compétence équivalente.

*« Les IADE sont donc indiscutablement les collaborateurs directs et incontournables des médecins anesthésistes réanimateurs auxquels ils apportent leur aide précieuse et efficace.*

*Pour autant faut-il laisser aux IADE la réalisation de gestes techniques relevant de la compétence exclusive du médecin anesthésiste réanimateur (l'anesthésie loco-régionale par exemple), au risque d'être préjudiciable à la fois à l'IADE lui-*

---

<sup>4</sup> Les rôles respectifs des médecins anesthésistes-réanimateurs et des infirmier(e)s-anesthésistes diplômé(e)s d'Etat dans la conduite de l'anesthésie

<sup>5</sup> Information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

<sup>6</sup> Point de vue de l'Ordre National des Médecins

*même, au médecin qui l'aura autorisé et au patient qui aura été dans l'ignorance totale de ce glissement de tâches ?»*

La SFAR ajoute que l'objet de ses recommandations est de clarifier la notion de caractère **médical** de l'anesthésie.

*« Ce fait serait d'une grande importance au cas où la transgression des dispositions réglementaires dans la réalisation d'un acte aurait entraîné la survenue d'une complication. La responsabilité de chacun resterait pleine et entière puisque nul ne peut se soustraire à sa responsabilité propre (le médecin d' avoir délégué un acte qu'il ne pouvait pas déléguer, et l'IADE d'avoir accepté de le faire alors qu'il (elle) n'en avait pas le droit) ».*

### 3.2 ) Point de vue de l'Ordre National des Médecins

Dans ses recommandations,<sup>7</sup> le Conseil de l'Ordre des Médecins rappelle que l'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un MAR.

Pour l'ordre des médecins, l'IADE aide le médecin mais ne peut réaliser seul une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence du MAR.

On voit dans ces recommandations que la notion de « *habilité à pratiquer ... à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment* » n'apparaît pas.

De plus un certain nombre d'actes demeurent sous la responsabilité exclusive du médecin comme l'anesthésie loco-régionale, la mise en œuvre de techniques invasives comme la pose de voies veineuses centrale.

### 3.3 ) Point de vue du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

Créé en 1951, le SNIA est un syndicat professionnel (lois des 21 mars 1884 et 12 mars 1920). Il a pour objet de resserrer les liens de solidarité, de lutter pour la défense des intérêts professionnels et de promouvoir le statut professionnel de ses adhérents.

---

<sup>7</sup> Recommandation concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autre spécialistes ou professionnels de santé. Ordre national des médecins décembre 2001.

Il est à l'origine d'une recommandations de mai 2002 visant l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Ce texte a été soumis à l'expertise d'un juriste et est protégé par un dépôt légal.

Dans ce document, le SNIA reprend plusieurs points qui sont en concordance avec les recommandations de la SFAR (exclusivité de compétences, rôle de gestionnaire). Cependant à l'inverse de la SFAR, le SNIA reconnaît à l'IADE la compétence de « déceler les complications et d'agir en conséquence ».

Le SNIA revendique également le droit de l'IADE à la réalisation d'anesthésies loco-régionales.

#### 3.4 ) Point de vue juridique : entretien avec Monsieur Bruno LATASTE, vice Président du Tribunal de Grande Instance de Saint-Pierre

Nous avons souhaité rencontrer un magistrat afin d'éclaircir les différents points de vue ( SNIA ) et ( SFAR ) concernant la pratique des Anesthésies loco-régionales et l'interprétation de l'article 12 du décret de compétence du 29/07/04 relatif à l'exercice de la profession d' Infirmier Anesthésiste.

Notre objectif était de connaître le sens exact et juridique de ce décret afin d'en comprendre la portée et d'éviter de mauvaises interprétations.

Pour le vice-Président, les termes « *Seul habilité à appliquer les techniques suivantes* » signifient réaliser, faire ces techniques.

Quant à la phrase, « *à condition qu'un Médecin Anesthésiste Réanimateur puisse intervenir à tout moment et après qu'un MAR est examiné le patient et établi le protocole* », elle signifie que le MAR après avoir vu le patient en consultation d'anesthésie, décide du type d'anesthésie et lors de sa réalisation au bloc opératoire doit pouvoir intervenir physiquement à tout instant c'est-à-dire qu'il doit se trouver à porter de voix.

« *L'infirmier anesthésiste est habilité à réaliser les techniques d'ALR à condition qu'aucun dispositif ne soit mis en place par celui-ci mais doit s'assurer de la présence du médecin au moment de l'anesthésie, de son autorisation car vous êtes sous la responsabilités du MAR qui a lui seul décidé du protocole* ». C'est comme ça que Monsieur le vice-Président nous a retranscrit le texte.

Nous avons saisi l'occasion de nous entretenir avec un magistrat pour évoquer la notion de responsabilité face à la pratique de la rachi-anesthésie.

En cas de litige ou de procès suite à un dépôt de plainte, il est toujours difficile de partager les différentes responsabilités mais il est évident que celle de l'IADE peut être directement mise en cause de par son geste car « nul n'est responsable pénalement que de son propre fait ».

A ce jour , il n'existe pas de jurisprudence concernant l' IADE et la rachianesthésie.

Comme nous l'a fait remarqué Monsieur LATASTE, on peut comprendre une certaine réticence de la société savante car les MAR étant responsables de l'anesthésie, ils sont dès lors légitimement hésitants à laisser pratiquer un geste pour lequel, ils sont en partie responsables.

La notion de responsabilité est interprétée de manière différente par la SFAR car en cas de litige elle indique que **« la responsabilité de chacun resterait pleine et entière puisque nul ne peut se soustraire à sa responsabilité propre (le médecin d' avoir délégué un acte qu'il ne pouvait pas déléguer, et l'IADE d'avoir accepté de le faire alors qu'il (elle) n'en avait pas le droit) »**.

Alors que le texte spécifie que l'infirmier est habilité à pratiquer des ALR sous la responsabilité du MAR, la société savante prétend que l'IADE n'a pas le droit de pratiquer ce geste.

Qu'en est-il sur le terrain ?

#### **4 ) L'enquête du SNIA : Réalité sur le terrain**

Pour tenter de savoir si la réalité du terrain est en conformité avec la loi et avec les recommandations ( en dépit de leur divergences ), il paraît intéressant de prendre connaissance des résultats d'une récente enquête su SNIA, qui explore, entre autres thèmes, les pratiques déclarés des IADE.

Cette enquête a été effectuée en 2001 au niveau national, sur l'ensemble de la population IADE, des secteurs privé et public.

44 % des IADE déclarent pratiquer des ALR à des fréquences différentes. Cet acte est prévu par la loi (excepté la pose de dispositif) mais il se heurte à l'opposition très fermement exprimé par la SFAR.

Or, il est évident que si les IADE pratiquent des ALR, c'est avec l'accord de médecins qui ne suivent pas l'ensemble des recommandations de la SFAR. Si les connaissances des IADE sur les anesthésie loco-régionales étaient insuffisantes, il semblerait difficilement concevable qu'un médecin anesthésiste réanimateur se risque à donner son accord.

Cette enquête met donc en avant un paradoxe manifeste.

## **IV ) ENQUETE**

### **1 ) Hypothèse**

La rachianesthésie, bien qu'enseignée d'un point de vue théorique au sein des instituts de formation des infirmiers anesthésistes, reste une pratique peu courante des IADE.

Certes, ce type d'anesthésie n'est pas sans risque et de nombreuses complications peuvent survenir ; alors pourquoi des infirmiers anesthésistes en pratiquent-ils et pas d'autres ?

Cette pratique est-elle liée à l'interprétation des textes, à la position du médecin anesthésiste, à la question de la responsabilité liée à l'acte ou y a-t-il d'autres raisons ?

### **2 ) Outils d'enquête**

Notre objectif étant d'apporter des éléments de réponse à notre hypothèse, nous avons décidé d'utiliser comme outils d'enquête le questionnaire anonyme.

Cet outil est réducteur par rapport à la libre expression d'un entretien. C'est là sa limite ; mais il a l'avantage de permettre de toucher une large population.

La population interrogée est composée d'une part d'IADE mais aussi de MAR car ce travail d'intérêt professionnel ne peut pas dissocier ces deux corporations étroitement liées.

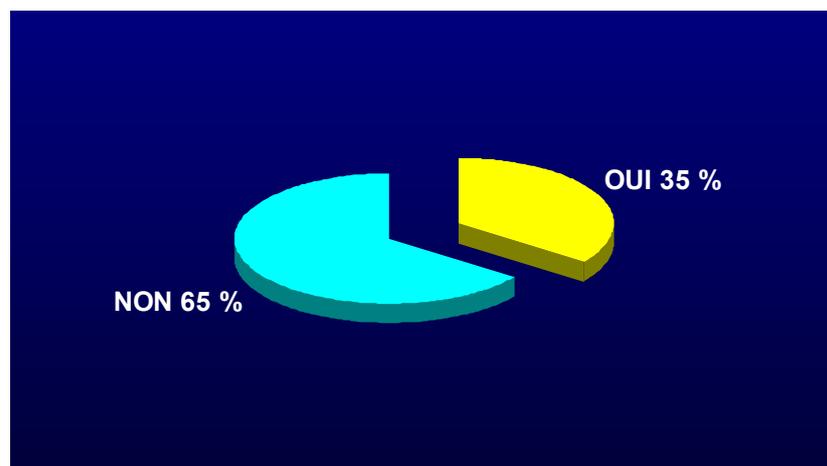
Ces questionnaires anonymes ont été déposés par courrier dans les principaux blocs opératoires de l'île.

Nous avons distribué 60 questionnaires destinés aux IADE et 60 questionnaires destinés aux MAR.

Au niveau du recueil, nous en avons reçu 38 remplis par les IADE et 28 remplis par les MAR, soit un taux de réponse de 63% pour les IADE et 47% pour les MAR, ce qui fait un taux global de 55%.

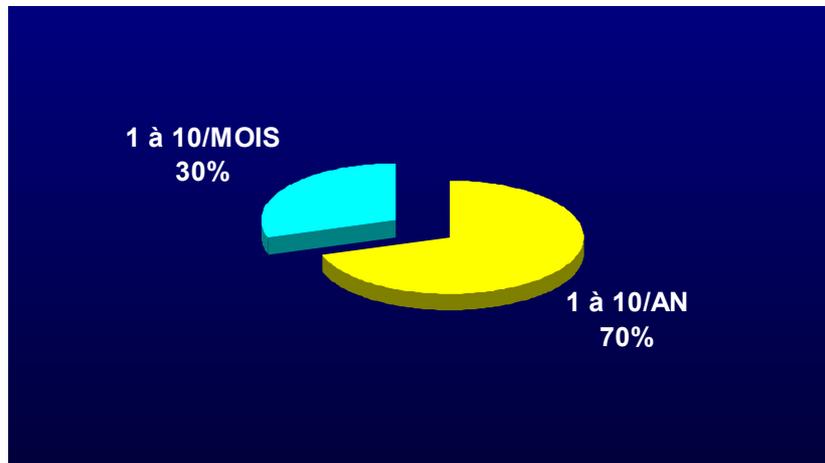
### **3 ) Analyse IADE**

*Pratiquez-vous des rachianesthésies ?*



35% des IADE de l'île pratiquent des rachianesthésies dont les deux tiers en secteur privé.

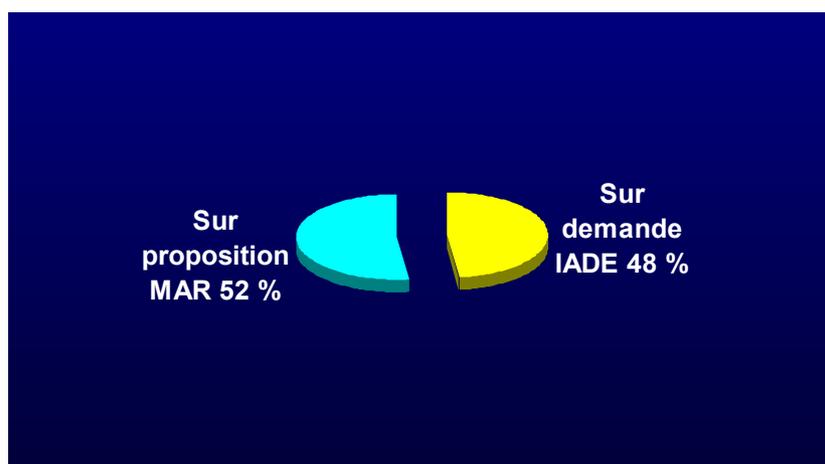
*Si oui , à quelle fréquence ?*



Deux IADE sur trois réalisent une rachianesthésie entre une à dix fois par an, ce qui ne correspond pas à une pratique quotidienne.

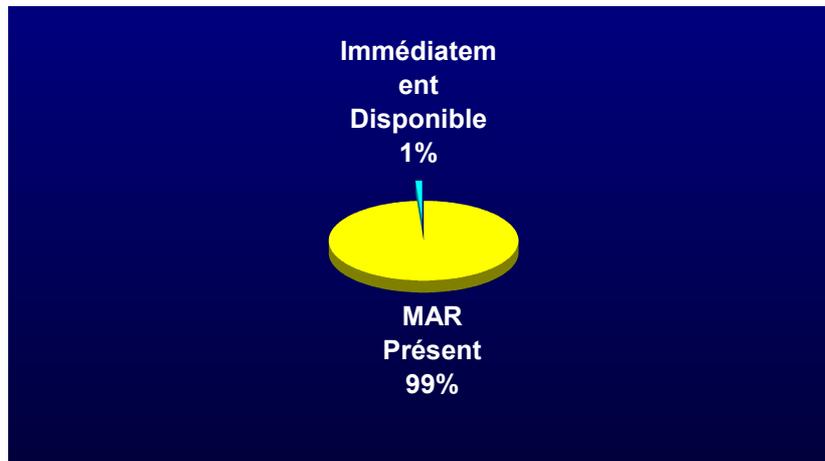
Rappelons que ce graphique porte sur les 35% des IADE de l'île, ce qui est donc très peu.

*D'où vient l'initiative ?*



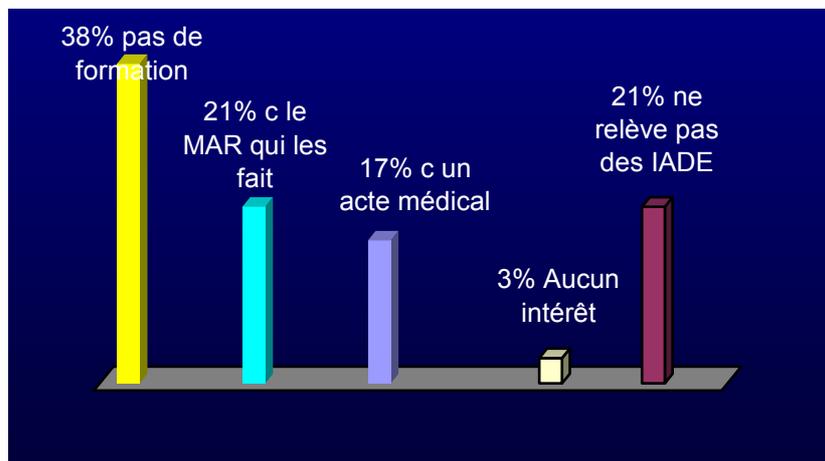
La pratique de la rachianesthésie est pour moitié sur demande de l'IADE, pour moitié sur la proposition du MAR.

*Dans quelles conditions ?*



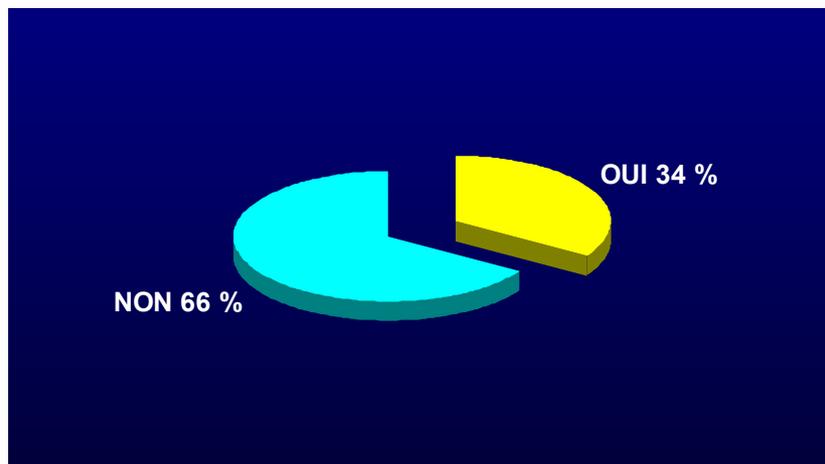
Dans 99% des cas, l'IADE fait la rachianesthésie avec le MAR. Dans le peu de cas où le MAR est absent de la salle, il est immédiatement disponible .

*Pour ceux qui ne pratiquent pas de rachianesthésies, quelles sont les raisons majeurs ?*



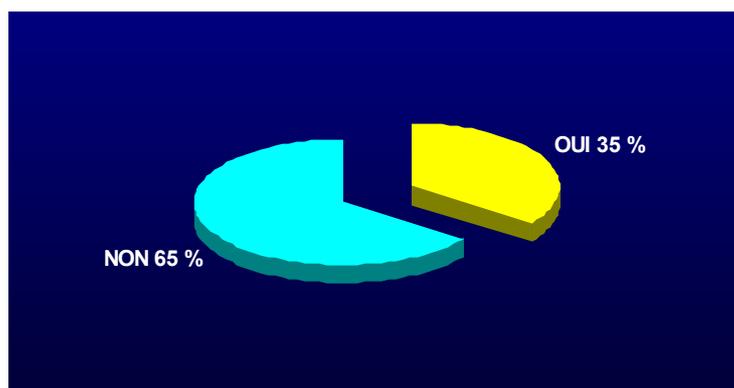
Près de 40% des IADE ne pratiquent pas de rachianesthésies par manque de formation, un faible pourcentage n'est pas intéressé . Pour les 60% restant , la rachianesthésie est un acte médical ou elle ne relève pas des compétences de l'IADE ou elle est systématiquement effectuée par le MAR .

*Selon vous , la formation initiale prépare t-elle à ce geste ?*



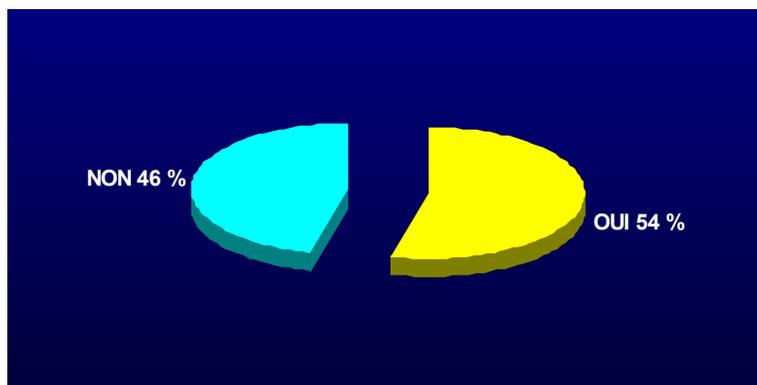
Pour les deux tiers des IADE, la formation théorique ne prépare pas à ce geste. Rappelons que le tiers des IADE affirmant que la formation initiale est suffisante est celui qui fait des rachianesthésies.

*Avez-vous des propositions de formation par des MAR ?*



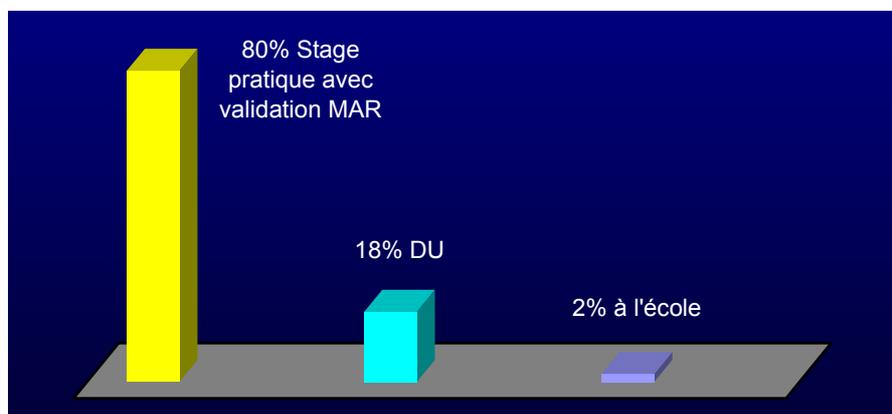
Deux MAR sur trois ne proposent pas de former les IADE à la rachianesthésie, un tiers le propose.

*Ressentez-vous le besoin d'une formation pratique ?*



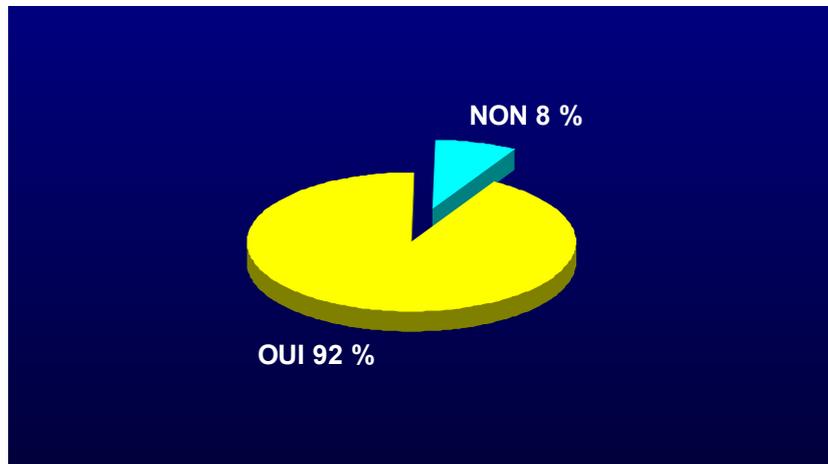
54% des IADE interrogés ressentent la nécessité d'une formation pratique.

*Sous quelles formes ?*



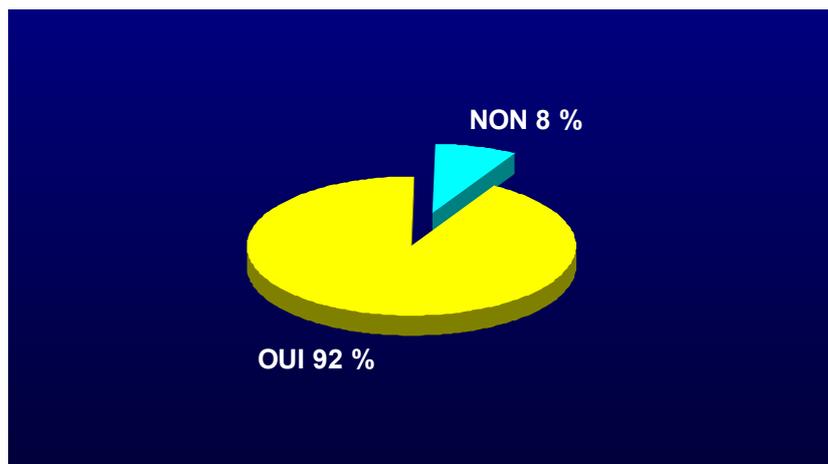
La majorité des IADE souhaitant une formation aimerait qu'elle prenne la forme de stages pratiques avec validation finale par un MAR. Une autre partie souhaiterait voir sanctionner cette formation par un diplôme universitaire.

*Accepteriez-vous de participer à une formation pratique spécifique et validante ?*



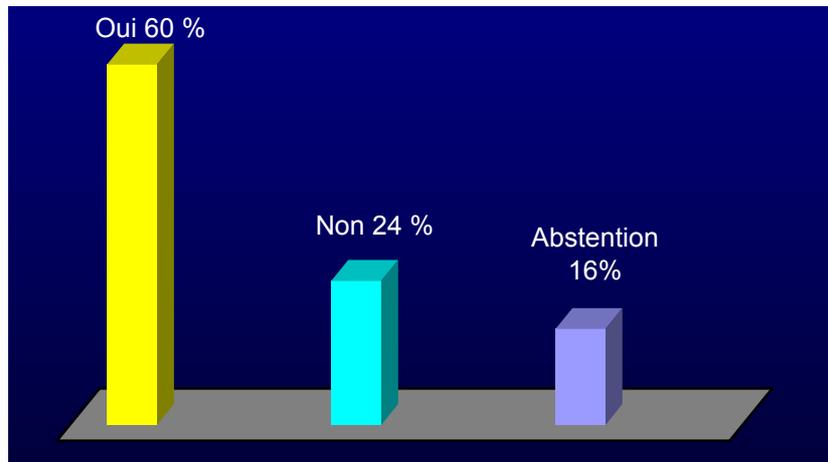
La quasi totalité des IADE interrogés sont prêts à s'investir dans une formation pratique validante.

*Suite à cette formation spécifique, accepteriez-vous de faire des rachianesthésies dans votre exercice quotidien ?*



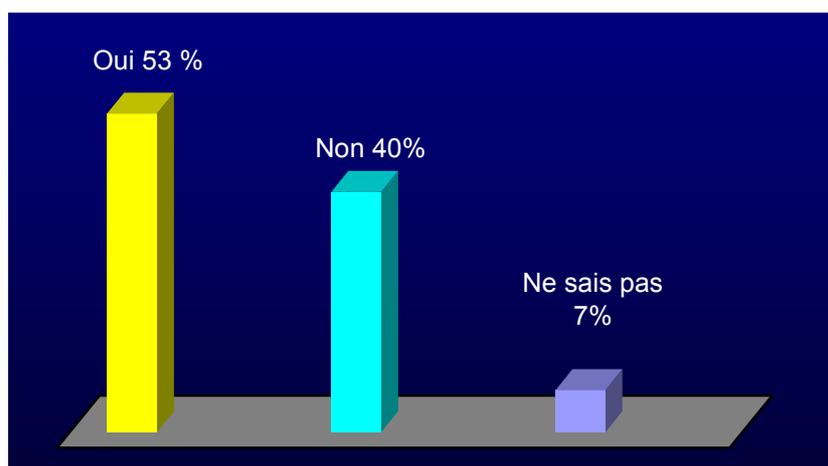
Tous les IADE possédant une formation pratique validante sont prêts à mettre à profit cet enseignement pour la réalisation quotidienne de la rachianesthésie.

*Existe-t-il des textes concernant l'IADE et la pratique de la rachianesthésie ?*



60% des IADE connaissent les textes les concernant s'agissant de la rachianesthésie tels que le décret de compétences du 29/07/04, les textes de la SFAR et du SNIA. 24% ne connaissent pas les textes en rapport avec la rachianesthésie. 16% ne se prononcent pas .

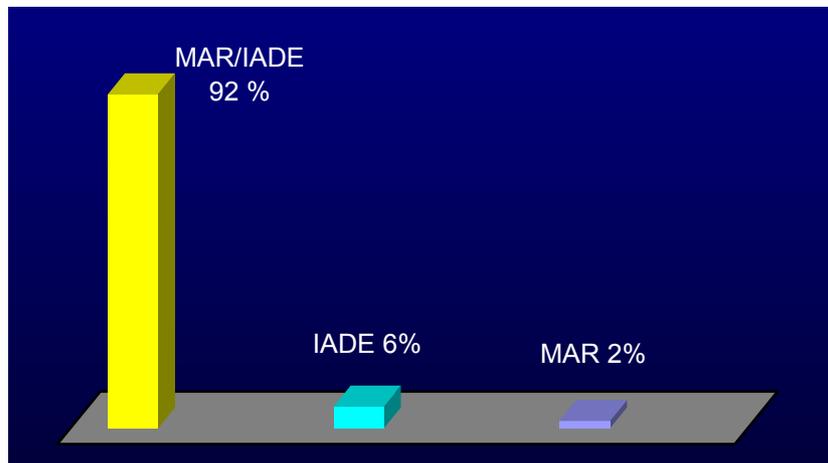
*D'après vous, l'IADE peut-il pratiquer des rachianesthésies ?*



La moitié des IADE affirme qu'elle peut pratiquer des rachianesthésies en toute légalité (en respectant bien sur les conditions du décret de compétences).

Pour 40% des IADE, cette pratique est illégale. Pour 7%, le décret de compétences n'est pas explicite .

*Petit cas concret : le MAR avec lequel vous travaillez choisit le protocole suivant : rachianesthésie pour Mr X ; il vous propose de la faire ; dans le cas où vous acceptez, qui, d'après vous, est responsable ?*



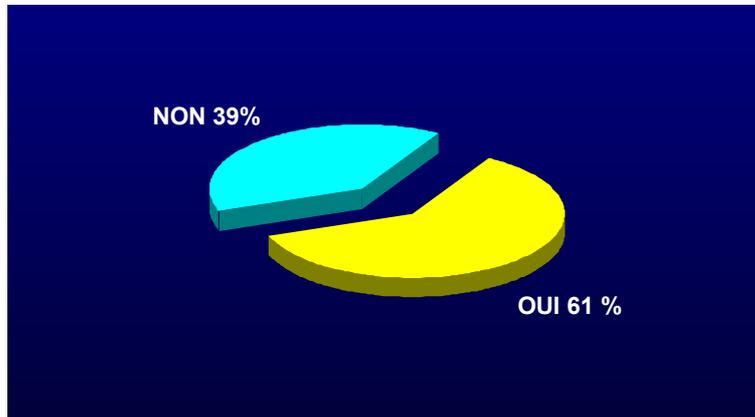
Dans cette situation, les IADE pensent être coresponsables avec les MAR à 92% .

Ceci est justifié par les réponses suivantes des IADE :

- C'est un acte réalisé sous la responsabilité du MAR ;
- Le MAR est responsable de l'indication ;
- L'IADE est responsable de ses actes ;
- C'est un travail en binôme, donc la responsabilité de chacun est engagée.

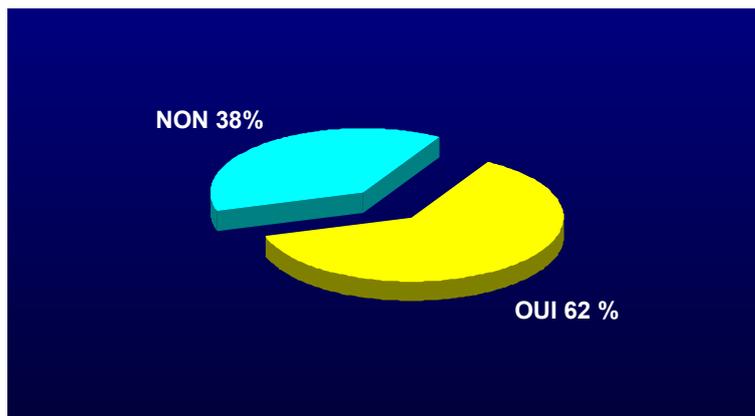
## Analyse MAR :

*A votre avis, l'IADE peut-il pratiquer des rachianesthésies ?*



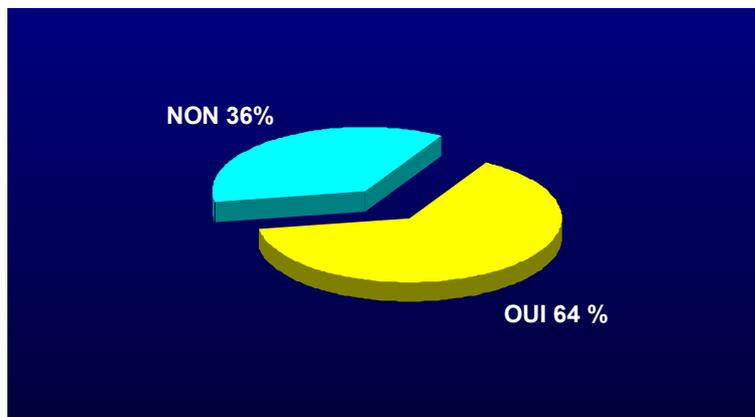
Il ressort des réponses données, une facilité d'apprentissage du geste. Pour 39% des MAR, ce n'est pas une question de compétences mais plutôt une question de droit : « l'IADE n'a pas le droit ».

*Autorisez vous l'IADE à pratiquer des rachianesthésies ?*



62% des MAR autorisent les IADE à pratiquer ce geste dont la moitié (48%) sur proposition du MAR et l'autre moitié (52%) à la demande de l'IADE. Les conditions de réalisation sont claires : 100% des MAR autorisent le geste exclusivement en leur présence.

*L'IADE a-t-il les compétences pour pratiquer des rachianesthésies ?*

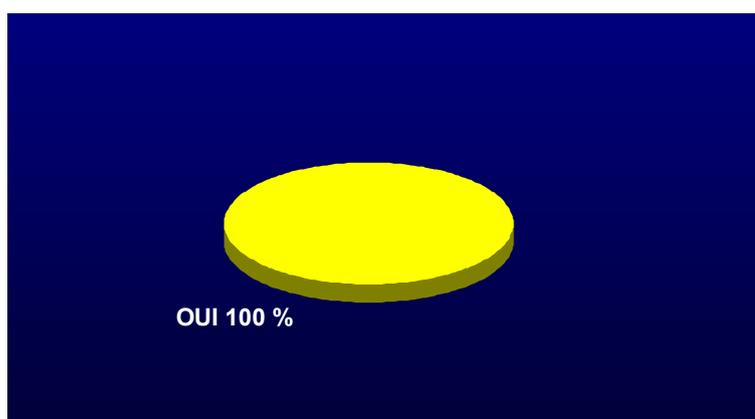


64% pensent que l'IADE a les compétences requises pour réaliser ce geste, pourtant 36% évoquent la méconnaissance de la physiologie, de la physiopathologie et de la non prise en charge des complications éventuelles.

67% pensent que la formation initiale ne prépare pas à ce geste .

52% des MAR interrogés ont déjà proposé régulièrement à des IADE de les former d'un point de vue pratique, ce qui signifie que ces 52% reconnaissent les compétences des IADE.

*Pensez vous qu'une formation pratique validante serait nécessaire avant de réaliser ce geste ?*

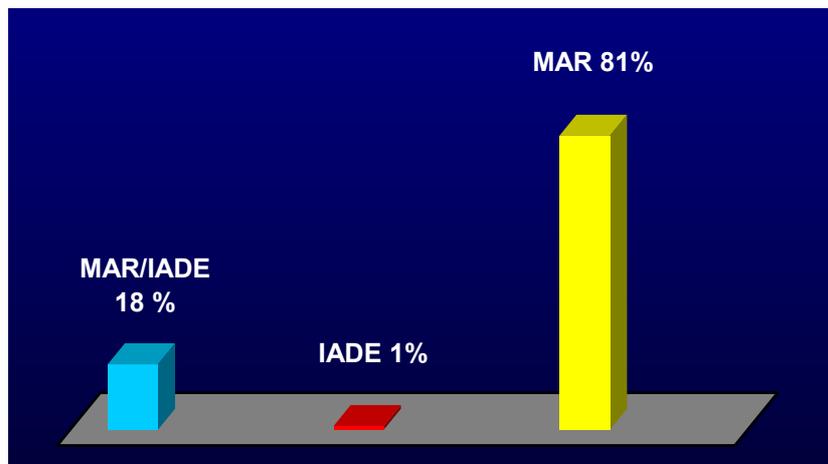


La totalité des MAR interrogés pensent que l'apprentissage de cette technique par une formation validante englobant la gestion des complications immédiates est nécessaire.

*Existe-t-il des textes concernant l'IADE et la pratique de la rachianesthésies ?*

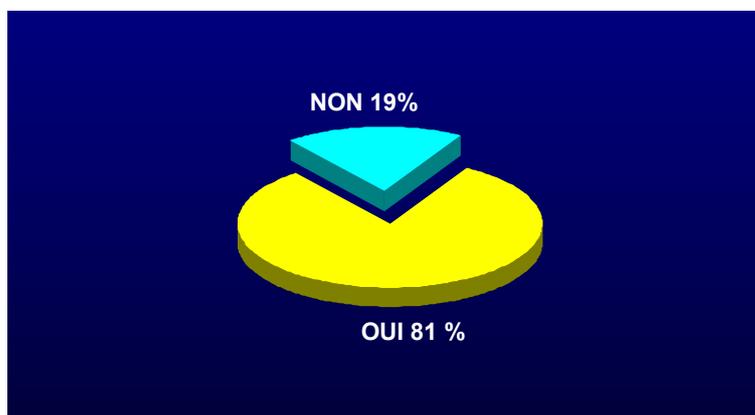
Un seul MAR connaît notre décret de compétences et nous reconnaît le droit de réaliser cet acte mais approuve également l'avis de la SFAR qui évidemment va à l'encontre de ce décret.

*Petit cas concret :Le MAR décide d'une rachianesthésie pour Mr X ; l'IADE se propose de la faire ; le MAR accepte. Qui est responsable ?*



81% des MAR pensent être seul responsable de l'anesthésie lorsqu'un IADE réalise une rachianesthésie. 18% estiment que la responsabilité est partagée, et un médecin pense que c'est l'IADE seul qui est responsable.

*Etes vous favorable à la pratique de la rachianesthésie par l'IADE ?*



81% des MAR sont favorables à la pratique de la rachianesthésie par l'IADE mais sous certaines conditions :

- qu'il soit formé par le MAR avec lequel il travaille régulièrement ;
- que le MAR soit présent à chaque réalisation.

35% pensent que cet acte valorise l'IADE par rapport aux gestes techniques et aux responsabilités qui en découlent.

Plusieurs nous font part de la facilité d'apprentissage et nous rappellent que les internes sont formés sur le terrain et également sous la responsabilité des MAR.

Les 19% restant sont totalement opposés à ce que cet acte soit potentiellement réalisable par l'IADE car ils insistent sur le fait que l'IADE n'a aucune responsabilité lorsqu'il pratique ce type d'anesthésie et que c'est seulement le MAR qui assume.

15% affirment que c'est un acte médical et pensent que nous n'avons pas de connaissances théoriques suffisantes .

#### **4) Synthèse**

Il apparaît opportun de reprendre l'ensemble des questionnaires relatifs à la pratique de la rachianesthésie car même si dans le travail quotidien, la collaboration MAR/IADE est harmonieuse, ce sujet est sensible. Il alimente en effet la polémique au sein de la corporation des IADE dès qu'il est évoqué, en particulier sur la notion de « j'ai le droit / je n'ai pas le droit ». L'enquête met en évidence que la moitié des IADE quasiment (47%) pense que cette pratique est illégale ou non explicitée par le décret de compétences.

Sur l'ensemble des établissements de l'île de la Réunion, un tiers des IADE interrogés pratique des rachianesthésies à une fréquence de une à dix par an pour 70% d'entre eux, et de une à dix par mois pour 30%. Cela rend compte d'une activité très occasionnelle pour les IADE réalisant cet acte. Dans la mesure où la maîtrise d'un geste n'est acquise parfaitement que lorsqu'il est réalisé fréquemment, pourquoi un tel manque d'entraînement ?

Pourquoi les IADE qui réalisent des rachianesthésies n'en font, pour la majorité, qu'une dizaine seulement par an ? Est-ce pour faire plaisir à l'IADE, pour garder leur relation « au beau fixe » ou par gentillesse que le MAR lui laisse pratiquer ce geste ?

La moitié des anesthésies sont faites sur demande de l'IADE, l'autre moitié sur proposition du MAR. Cela nous a été confirmé par les statistiques établies à partir des questionnaires de chacune des parties.

Dans 99% des cas, le MAR est présent avec l'IADE, ce qui explique peut-être le peu d'entraînement des IADE, leur manque de formation pratique et/ou le manque d'approche formative du MAR.

S'agissant de ces actes, le programme de formation des IADE prévoit un enseignement progressif sur les deux années d'étude afin de connaître la physiologie-anatomie et la physiopathologie ainsi que la prise en charge des patients devant subir ce type d'anesthésie (indications, contre-indications, surveillance, efficacité et complications).

Pourtant certains médecins nous ont évoqué leurs craintes face aux complications, celles-ci ne pouvant être, selon eux, gérées par les IADE. Malgré un contenu théorique complet, deux tiers des IADE pensent que la formation initiale ne prépare pas à la réalisation de ce geste. C'est aussi l'avis de 67% des MAR.

La quasi-totalité des IADE intéressés par la réalisation de la rachianesthésie souhaiterait bénéficier d'un complément de formation pratique reconnu par les MAR.

De même, l'enquête menée auprès des MAR met en évidence la nécessité d'une telle acquisition.

C'est dans ces termes que se pose la question de la prise en charge par le MAR de l'apprentissage à l'IADE de la gestuelle de la rachianesthésie.

En étant quelque peu provocateur, on peut dire qu'un IADE qui pratique quotidiennement des rachianesthésies n'est pas plus dangereux qu'un MAR ou qu'un interne qui en pratiquent occasionnellement. Il en est de même pour la prise en charge des complications. Finalement, où est le véritable bénéfice pour le patient ?

Cette question ne trouve pas sa réponse dans les lignes des publications de la SFAR mais sur le terrain, en sachant que 44% de la population des IADE <sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers anesthésistes.- SNIA : juin – juillet 2001.

appliquent des techniques d'anesthésies loco-régionales à injection unique (dont les rachianesthésies), 35% à la Réunion.

C'est bien grâce à l'enseignement des MAR que ces IADE ont acquis leur gestuelle et il est évident que si les connaissances des IADE sur les anesthésies loco-régionales, en particulier la rachianesthésie, étaient insuffisantes, le MAR ne prendrait pas le risque de les laisser pratiquer ce geste.

Il est également intéressant de noter que si certains MAR pensent que les IADE ne sont pas aptes à réaliser des rachianesthésies, ils considèrent néanmoins qu'ils sont suffisamment compétents pour réinjecter dans les cathéters qu'ils ont installés, mais aussi pour vérifier si le dispositif est toujours en place<sup>9</sup>, ceci bien sûr en leur l'absence !

Nous pouvons donc en déduire que, bien que les IADE ne sont pas capables de gérer les complications des rachianesthésies, ils le sont par contre tout à fait pour appréhender les complications des péridurales qui, d'un point de vue pharmacologique, sont plus graves en raison des doses administrées.

Le deuxième point soulevé par les IADE, et qui pour nous est majeur, est la question du champ de nos compétences. 40% d'entre eux affirment que la rachianesthésie n'en relève pas et 7% affirment que le décret de compétences n'est pas explicite en la matière.

Reprenons la réalisation des anesthésies loco-régionales à injection unique, en présence du MAR et à la demande de celui-ci :

L'article 12 du décret est très clair, indiquant : « *il accomplit (l'IADE) les soins et peut à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole* ».

La rédaction actuelle du décret autorise donc l'IADE, sur décision médicale, à réaliser des rachianesthésies (ou d'autres blocs à injection unique).

Ce qui est également sans ambiguïté dans le décret, c'est l'interdiction formelle de réaliser des anesthésies loco-régionales avec mise en place d'un dispositif de cathérisation à demeure car seules les réinjections dans ces dispositifs sont de la compétence exclusive de l'IADE, comme nous l'a fait remarquer le Magistrat consulté.

---

<sup>9</sup> Pascal ROD.-L'IADE, un infirmier avancé.-oxymag n°69, Avril 2003 : p 17 à 19.

Alors pourquoi la société savante d'anesthésie remet-elle en cause ce texte qu'elle a en partie rédigé ? Pourquoi incite-t-elle ses médecins, par le biais même de la très sérieuse publication « *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* »<sup>10</sup>, à ne pas confier une anesthésie loco-gonale à injection unique (rachianesthésie) à un IADE ?

Peut-être justement parce que ces mêmes médecins ne connaissent pas notre décret de compétences... Rappelons qu'il ressort de notre enquête que de tous les MAR interrogés, un seul avait connaissance de ce décret.

D'après notre analyse, 82% des MAR affirment être seul responsable lorsqu'un IADE réalise une rachianesthésie.

La SFAR évoque, et fait siennes, les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins de décembre 2001<sup>11</sup> et rappelle que les recommandations qu'elle a publiées en 1995 concernant le rôle des IADE sont toujours d'actualité<sup>12</sup>.

Ces références sont pourtant obsolètes ; leurs parutions sont très antérieures à la publication du décret du 11 février 2002 et *a fortiori* du décret du 29 juillet 2004. Le contenu de celui-ci a changé et les compétences des IADE se voient de ce fait modifiées en toute légalité. La responsabilité du MAR peut bien entendu être engagée, mais en tant que prescripteur. Quant à l'IADE, c'est à lui et à lui seul que revient la responsabilité de son geste (art 121-1 du code pénal)<sup>13</sup>.

Dans notre enquête, 92% des IADE se disent responsables du geste pratiqué.

---

<sup>10</sup> Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation.-section « formation-information » -2002 ;21 :Fi 58-9

<sup>11</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins.- Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens , autres spécialistes ou professionnels de santé.- décembre 2001 :

« Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste , telle que : ... le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie locorégionale (bloc tronculaire , bloc plexique , rachianesthésie , anesthésie péridurale , caudale , anesthésie locale intraveineuse)... »

<sup>12</sup> Société Française d'Anesthésie et de Réanimation .- Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état . Alinéa 2.1.1 , activité de soins .- Janvier 1995 :

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

<sup>13</sup> Article 121-1 du Nouveau Code Pénal : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait . »

L'IADE est conscient que l'anesthésie est un acte médical placé sous la responsabilité du MAR. Il ne s'agit pas pour le médecin de déléguer un acte médical vers l'IADE, mais de lui demander d'appliquer un protocole l'amenant à réaliser un geste technique, lequel pourra engager sa responsabilité.

C'est un travail en binôme où la responsabilité de chacun peut être engagée.

L'IADE sait parfaitement qu'il ne peut agir que sur prescription médicale ou selon un protocole établi par un MAR et sous sa responsabilité exclusive.

## **5) Propositions**

Nous n'avons pas la prétention de répondre à toutes les interrogations des MAR et/ou IADE concernant la pratique de la rachianesthésie par l'infirmier anesthésiste. Nous avons surtout souhaité nous positionner face à des arguments réels et objectifs, afin d'envisager les moyens d'amener cette pratique au quotidien dans les conditions les plus claires possibles.

Un des points les plus importants est celui de la responsabilité du MAR quant au geste exécuté par l'IADE. Différentes propositions pourraient faire évoluer les pratiques et limiter la responsabilité du MAR.

Au niveau de l'école, le programme englobe la théorie complète de la rachianesthésie mais ne comporte aucun module pratique. Nous proposons d'ajouter à la formation un atelier de travaux pratiques identique à celui de l'intubation, sur des mannequins spécifiques et adaptés à ce geste, et également de renforcer cet enseignement en stage.

Pour ce qui est de l'évaluation réelle, il serait intéressant, tout comme pour les autres gestes, de prévoir une grille spécifique de notations, avec une évaluation par un MAR référent. En outre, il serait nécessaire qu'il y ait une formation continue au sein des établissements de santé.

Par exemple, certains IADE posent régulièrement des artères radiales ; pour d'autres, ce n'est qu'occasionnel. Le taux de réussite diffère entre ces deux catégories d'IADE. Cela s'explique aisément par le fait que la pratique quotidienne d'un geste est nécessaire à l'acquisition de sa technique. Pourquoi ne pas faire de même avec la rachianesthésie ?

Nous avons également pensé à la création d'un diplôme universitaire spécifique à la rachianesthésie avec un module théorique et pratique, tous deux sanctionnés par un examen. Certes, ce diplôme n'aurait de valeur que s'il est suivi d'une pratique quotidienne. L'IADE pourrait être tenu d'attester par exemple, ses gestes sur un carnet de suivi.

L'avantage de cette proposition est qu'elle ne se fonderait que sur le volontariat et le désir de certains IADE de se perfectionner !

Quel que soit les propositions, il est nécessaire de rester dans le cadre légal de notre profession. L'anesthésie relève de la responsabilité du MAR ; la décision du protocole reste et restera toujours une décision du corps médical !

Au quotidien, tous les gestes de l'IADE sont en accord avec le MAR responsable. La rachianesthésie pourrait donc parfaitement être un geste pratiqué par l'infirmier anesthésiste, comme c'est déjà le cas, rappelons le, par 44% des IADE en métropole et 30% à la Réunion.

Il est somme toute logique qu'avec une telle formation, validée et reconnue, le MAR risquerait moins de voir sa responsabilité engagée du fait du geste de l'IADE.

Nous ne souhaitons pas de dérive, comme aux Etats-Unis où il existe des cotations spécifiques pour les médecins et pour les infirmiers, mais simplement mettre au grand jour certaines pratiques déjà connues en les rendant vraiment transparentes. L'idée n'est pas de pratiquer seuls les anesthésies mais d'assurer une sécurité optimale pour le patient en restant les collaborateurs des MAR.

Une inquiétude s'est profilée dans le corps médical lors de la proposition d'une formation validante : Ne conduirait-elle pas à la possibilité d'une cotation IADE avec un objectif d'économie pour la sécurité sociale ? Le risque d'abus et de débordement dans les hôpitaux avec une baisse des effectifs de MAR serait alors à craindre. En aucun cas nous ne souhaitons ce type d'évolution de la profession.

## V ) CONCLUSION

Grâce à ce travail de recherche, nous avons essayé d'une part, de faire un constat sur la pratique de la rachianesthésie par l'IADE à la Réunion et d'autre part de répondre à notre questionnement personnel.

Par rapport à notre hypothèse de départ, nous pouvons dire que la pratique de la rachianesthésie à la Réunion est réalisée par une minorité d'IADE, de plus, de façon très occasionnelle.

Il y a différentes raisons, comme on a pu le voir précédemment.

Il apparaît notamment que cette pratique dépend de la méconnaissance ou de la mauvaise interprétation qui est faite par les IADE de notre dernier décret de compétences.

En outre, nous remarquons que la réalisation de rachianesthésie par l'IADE est médecin-dépendant en fonction de sa connaissance ou non de notre décret de compétences, selon son désir de suivre les recommandations de la SFAR ou non, et bien entendu selon les relations entretenues avec l'IADE.

Nous constatons par ailleurs que l'IADE sait parfaitement qu'il engage sa responsabilité vis à vis de cet acte, mais que cela n'est en aucun cas un obstacle pour lui.

De plus, la forte demande d'une formation pratique tant par les IADE que par les MAR montre d'une part que les IADE sont intéressés et prêts à s'investir personnellement et d'autre part que les MAR sont prêts à reconnaître cette pratique.

En ce qui concerne la législation, aucun doute, la pratique de la rachianesthésie est possible par l'IADE dès lors que le protocole a été établi par le MAR et que celui-ci accepte qu'il soit réalisé par l'IADE.

Notre position par rapport à ce travail est très claire, nous avons décidé de faire la formation d'IADE pour élargir notre champ de compétences, appréhender de nouvelles techniques, faire de nouveaux gestes et bien évidemment en assumer les responsabilités qui en découlent.

A ce jour, l'apprentissage reste sous l'égide des médecins avec lesquels nous travaillons, mais il est vrai que nous aimerions que la rachianesthésie devienne une pratique quotidienne, qui soit reconnue au titre des gestes relevant de la compétence des IADE.

Ce travail de recherche nous a permis de pouvoir nous positionner en tant que futur professionnel responsable, conscient des limites imposées par la législation ainsi que nos compétences qui sont en lien avec nos connaissances théoriques et pratiques. Nous sommes convaincus que la technique de la rachianesthésie deviendra un acte quotidien des infirmiers anesthésistes dans les années à venir.

# **ANNEXE I**

**Pratique de la rachi-anesthésie par l'infirmier anesthésiste**  
**Questionnaire aux Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat**

- Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'IADE ? .....
- Connaissez-vous le décret du 29 juillet 2004 qui règlemente la pratique de la rachianesthésie par l'IADE ?       oui       non
- D'après vous la RAA peut elle être pratiquée par l'IADE ?     oui       non
- Pratiquez-vous des RAA ?  oui parfois     oui régulièrement (1 / semaine)  
 oui quotidiennement     non
- Si oui, êtes-vous en présence du MAR :       toujours       parfois  
 jamais
- Si non pourquoi ?     Je n'ai pas le droit       Le MAR refuse  
 Je ne suis pas assez payé                       C'est le travail du médecin  
 J'ai peur de la responsabilité liée à l'acte
- Si vous pratiquez ce geste, est ce MAR-dépendant ?       oui       non

Si oui :  Relation de confiance     Il m'a formé     Autres .....

- Selon vous, si l'IADE pique la RAA et que des lésions apparaissent, qui en est responsable ?

L'IADE                       Le MAR                       Les 2

- Etes-vous pour la pratique de la RAA par l'IADE ?       oui       non

- Si oui, pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....

- Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....

# **ANNEXE II**

**Pratique de la rachi-anesthésie par l'infirmier anesthésiste  
Questionnaire au Médecin Anesthésiste Réanimateur**

- Depuis combien de temps exercez-vous ? .....
  
- Connaissez-vous le décret qui régleme la pratique de la rachi-anesthésie par l'IADE ?       oui                       non
  
- Avez-vous des demandes d'IADE pour pratiquer ce geste ?  
  
    oui                                       non
  
- Etes-vous d'accord ?  
  
    oui                                       non
  
- Si oui, êtes-vous présent avec lui ?     toujours       parfois       jamais
  
- Si non pourquoi ?     il n'a pas le droit       il n'a pas la formation requise  
 Je n'ai pas confiance       il n'est pas responsable de l'acte
  
- Selon vous, si l'IADE pique la RAA et que des lésions apparaissent, qui en est responsable ?     Vous                       L'IADE                       Les 2
  
- Etes-vous pour la pratique de la RAA par l'IADE ?                       oui                       non
  
- Si oui, pourquoi ?  
  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
  
- Si non, pourquoi ?  
  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# **ANNEXE III**

## Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

### **Article R. 4311-1**

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

### **Article R. 4311-2**

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

### **Article R. 4311-3**

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

### **Article R. 4311-4**

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

#### **Article R. 4311-5**

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ; 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes : a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ; b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

**Article R. 4311-6**

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

**Article R. 4311-7**

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicrânienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
  - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
  - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R.

- 4311-6 ;
- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
  - 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
  - 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
  - 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
  - 11° Pose de bandages de contention ;
  - 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
  - 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
  - 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
  - 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
  - 16° Instillation intra-urétrale ;
  - 17° Injection vaginale ;
  - 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
  - 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
  - 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
  - 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
  - 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
  - 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
  - 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
  - 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
  - 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
  - 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
  - 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
  - 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
  - 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
  - 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
  - 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
  - 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
  - 34° Saignées ;
  - 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
  - 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
  - 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
  - 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
  - 39° Recueil aseptique des urines ;
  - 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
  - 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;

43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

#### **Article R. 4311-9**

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

#### **Article R. 4311-10**

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

1° Première injection d'une série d'allergènes ;

2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;

5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

9° Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

**Article R. 4311-11**

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés. En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

**Article R. 4311-12**

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

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

**Article R. 4311-13**

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

**Article R. 4311-14**

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin

responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

#### **Article R. 4311-15**

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Education à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

# **ANNEXE IV**

## Information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(SFAR)

Ce texte a été approuvé par le Conseil d'Administration de la SFAR du 23 février 2002. Il a été publié dans la section " formation-information " des Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2002;21:fi 58-9

Le Journal Officiel du 16 février 2002 a publié le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 (renseigner le code NOR : MESP0220026D) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. L'article 10 de ce décret concerne les IADE et est ainsi rédigé :

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

- 1° Anesthésie générale ;*
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;*
- 3° Réanimation peropératoire.*

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

*En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.*

*Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.*

*L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. "*

En d'autres termes, le décret fait reposer la définition du type de geste technique réalisable par l'IADE sur le seul médecin anesthésiste-réanimateur. L'existence de règles professionnelles médicales est donc plus que jamais essentielle.

Le Conseil national de l'ordre des médecins, en connaissance de cette rédaction du décret, a précisé dans ses recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, de décembre 2001 :

*" Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste, telles que :*

- *la consultation pré-anesthésique, qui est de la compétence de l'anesthésiste-réanimateur même si celui-ci peut s'entourer d'autres avis spécialisés (cardiologue, pneumologue...);*
- *la prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance ;*
- *le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie loco-régionale (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, anesthésie locale intraveineuse) ;*
- *la prescription de médicaments ou de transfusions rendus nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie ;*
- *la mise en œuvre de techniques invasives (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz) ;*
- *la prescription de soins et des examens post-opératoires ;*
- *la décision de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle. "*

La SFAR, qui a le rôle d'établir des recommandations professionnelles, rappelle que celles qu'elle a publiées concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat sont d'actualité. Elle fait siennes les récentes recommandations du Conseil national de l'ordre des médecins. Elle observe que le respect de ces différentes recommandations permet l'application du décret en toute sécurité.

En d'autres termes et pour être clair en donnant des exemples précis, le médecin anesthésiste-réanimateur ne peut demander à l'IADE de réaliser une anesthésie loco-régionale ni de mettre en place un cathéter veineux profond ou une sonde de Swan-Ganz. Il peut lui confier l'intubation du patient en sa présence, ou la surveillance du patient pendant une phase stable de l'anesthésie alors qu'il peut intervenir à tout moment en cas de problème, ainsi que les réinjections selon le protocole établi.

La SFAR a donc demandé au CFAR, qui a le rôle d'évaluer les formations, d'assurer une coordination des responsables médicaux de l'ensemble des écoles d'IADE, de façon à veiller à la qualité de l'enseignement et à éviter une hétérogénéité des formations. Ceci visant notamment à éviter une hétérogénéité des pratiques, dont il

est connu qu'elle est un obstacle à la qualité des soins (au sens de l'assurance de la qualité).

Consciente de l'importance de la contribution des IADE aux efforts d'amélioration des soins, la SFAR porte le souci du renforcement du nombre des IADE dans le respect de la qualité de leur formation. A ce titre, elle ne peut qu'accueillir favorablement ce décret, d'autant qu'il lève toute ambiguïté sur la possibilité pour des médecins non anesthésistes-réanimateurs de prendre l'initiative d'une anesthésie dans laquelle l'IADE serait le seul professionnel en la matière. La SFAR, dans son but d'amélioration des pratiques, fait l'analyse que la clarté dans la définition des tâches est un élément important de la maîtrise des risques.

---

# **ANNEXE V**

**Pratiques de la rachi-anesthésie par l'infirmier anesthésiste  
Questionnaire aux IADES**

1 ) Pratiquez vous des Rachi Anesthésie ?  oui  non

- Si oui :

1 à 10 / semaine       1 à 10 / mois       1 à 10 / an

- Est-ce sur votre demande ?  oui  non
- Sur la proposition du Médecin ?  oui  non
- Avec la présence du Médecin ?  oui  non
- Sans sa présence mais immédiatement disponible ?  oui  non

Si non pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 ) Selon vous, la formation initiale prépare t-elle à ce geste ?  oui  non

3 ) Avez-vous des propositions de formation par des Médecin Anesthésiste ?

oui  non

4 ) Resentez vous le besoin d'une formation pratique ?  oui  non

- Si oui : sous quelles formes ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Dans le cas d'une formation spécifique et validante, accepteriez d'y participer ?

oui       non

- Suite a cette formation accepteriez vous d'en faire dans votre pratique quotidienne

oui       non

5 ) Existe-t-il des textes concernant l'IADE et la pratique de la Rachi-Anesthésie ?  
Si oui lesquels :

---

---

---

6 ) D'après vous l'lade peut il pratiquer des Rachi-Anesthésie ?

oui       non

7 ) Le Médecin Anesthésiste avec qui vous travaillez choisit la technique de Rachi-Anesthésie pour Mr x il vous propose de la faire :

- Dans le cas ou vous acceptez de la faire qui est responsable ?

- Vous                               oui       non

- Le Médecin                       oui       non

- Tous les 2                         oui       non

Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_

---

---

---

# **ANNEXE VI**

**Pratiques de la rachi-anesthésie par l'infirmier anesthésiste**  
**Questionnaire au MAR**

1 ) A votre avis, l'lade peut il pratiquer des rachi-Anesthésie ?     oui     non

1.1 ) Expliquez brièvement pourquoi : \_\_\_\_\_

---

---

---

2 ) Autorisez vous l'lade à pratiquer la RA ?     oui     non

2.1) Si oui est ce à la demande de l'lade ?     oui     non

2.2) Sur votre proposition ?     oui     non

Dans quelles conditions :

- Après avoir valider la technique chez l'lade ?     oui     non

- En votre présence ?     oui     non

- En votre absence mais immédiatement disponible ?     oui     non

3 ) Selon vous l'lade a-t-il les compétences pour pratiquer les RA ?

oui     non

3.1 ) Quelles sont les connaissances requises pour cette pratique ? \_\_\_\_\_

---

---

---

3.2 ) La formation initiale prépare t-elle selon vous l'lade à ce geste ?

oui     non

3.3 ) Avez-vous déjà proposer à des lades de les former ?     oui     non

4 ) Pensez vous qu'une formation pratique validante serait nécessaire avant de réaliser ce geste ?     oui     non

5 ) Existe-t-il des textes concernant l'ade et la pratique de la Rachi-Anesthésie ?

Si oui lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6 ) Vous décidez d'une Rachi-Anesthésie pour Mr X, l'ade se propose de la faire, vous acceptez : qui est responsable ?

- Vous  oui  non
- L'ade  oui  non
- Tous les 2  oui  non

Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7 ) Etes vous favorable à la pratique de la Rachi-Anesthésie par l'ade ?

- oui  non

- Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si non pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAPHIE

G.Cornu 2000

Code pénal.-Dalloz 2006

Code civil.-Dalloz 2006

Code de la santé publique. Dalloz 2006

Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions technique de fonctionnement des établissements de santé publique.

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret 2004 article R.4311-12 du 29 juillet 2004

Recommandations concernant le rôle d'infirmier anesthésiste diplômé d'état janvier 1995 : <http://www.sfar.org/recomiade.html>

SFAR communiqué.- les IADE 23 mai 2000

SFAR communiqué.- les rôles respectifs des médecins anesthésistes réanimateurs et des IADE dans la conduite de l'anesthésie. Fev 2001

<http://www.sfar.org/rolemariade.html>

Information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier: <http://www.sfar.org/infodecretcompet.html>

SNIA.- Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers anesthésistes. juin juillet 2001

SNIA.- Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Mai 2002

Point de vu Ordre National des Médecins : <http://www.ordre.national.medecin.fr>

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation .- section « formation - information. » - 2002 ; 21 :fi 58-9

Pascal ROD.- L'IADE , un infirmier avancé.- Oxymag n°69 , avril 2003 : pages 17 à 19

