Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État (SFAR 1995)

1ère édition - Janvier 1995

Membres du groupe de travail ad hoc

Pr. B. Dixneuf (Nantes), Directeur du groupe
Mme E. Balagny (Paris), IADE
Mme F. Chaumette (Lyon), IADE
Dr. A. Debaert (Lille)
Dr. R. Dorne (Lyon)
M. T. Faucon (Suresnes), IADE
Dr. J. Feret (La Rochelle)
Dr. E. Giraud (Thionville)
Dr. D. Laverdisse (Provins)
Dr. J.M. Mascaro (Grenoble)
Dr. C. Moulinoux (Clermont-Ferrand)
Pr. P. Scherpereel (Lille)
Dr. M.L. Viallard (Paris)
Dr. M. Vignier (Mantes-la Jolie)

Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) sont les proches collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Infirmiers spécialisés, ils sont habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence; leur activité doit être à la mesure de leur qualification. Ils ne se substituent pas aux médecins anesthésistes-réanimateurs qu'ils assistent, mais qu'ils ne remplacent pas.

Soucieuse de la qualité des soins et de la sécurité des patients, auxquelles les IADE apportent une contribution importante, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a souhaité préciser sous la forme de recommandations les modalités de leur formation, leurs domaines de compétence, leurs attributions et leurs responsabilités.

Les interprétations qui sont parfois données aux textes réglementaires relatifs à leur profession, et la multiplicité des conceptions de l'assistance du médecin anesthésiste-réanimateur dans les différents États membres de l'Union Européenne rendent nécessaire cette démarche.

1. FORMATION

1.1. La formation initiale des IADE

est assurée dans des écoles spécialisées agréées, suivant des modalités définies par l'arrêté du 30 août 1988. Elle a pour objectif l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques nécessaires à la pratique infirmière au cours des différentes anesthésies générales et locorégionales, à la surveillance des malades au décours d'une intervention, à la réalisation des soins de réanimation, à l'accueil des urgences et au transport des malades graves.

Le Directeur scientifique est un professeur d'anesthésie-réanimation. Il est le garant de la qualité et de l'actualisation de l'enseignement, ainsi que de la qualification des intervenants.

Le Directeur de l'École est un IADE, cadre infirmier anesthésiste recruté sur concours. Il doit consacrer à cette fonction l'intégralité de son activité. L'encadrement des étudiants est assuré par des IADE, cadres infirmiers anesthésistes. Leur effectif, fonction du nombre d'étudiants, ne devrait pas être inférieur à un cadre enseignant pour 15 à 18 étudiants.

L'enseignement théorique doit être adapté au niveau et à la nature des objectifs de formation.

Les stages pratiques sont effectués dans des services agréés en fonction de critères définis par l'équipe pédagogique et validés par le conseil technique. Les étudiants sont encadrés dans ces stages par les IADE titulaires et les médecins anesthésistes-réanimateurs. Leur activité, distincte d'une simple fonction de soins, doit être orientée vers l'apprentissage des gestes, des comportements et des techniques utilisées en anesthésie-réanimation. Les étudiants sont des stagiaires et ne doivent pas être utilisés pour remédier à une pénurie de personnel. Ils doivent être libérés en temps utile pour suivre les enseignements. Le médecin anesthésiste-réanimateur et/ou l'IADE qui ont pris en charge un patient, sont seuls juges des gestes dont ils autorisent la pratique à l'étudiant, sous leur propre contrôle et leur responsabilité personnelle.

1.2. Une formation continue,

spécifique aux IADE, est indispensable à l'entretien des connaissances et à l'acquisition des techniques et des stratégies nouvelles en anesthésie-réanimation. Elle doit être accessible à tout IADE, quel que soit l'établissement qui l'emploie. Elle doit tendre à devenir obligatoire dans un cadre institutionnel qui en définira l'organisation, la prise en charge et l'évaluation. Le choix des objectifs et des moyens doit être le résultat d'une concertation entre les médecins anesthésistes-réanimateurs en charge de l'enseignement et les instances représentatives des IADE. La formation continue doit permettre de répondre à l'évolution des techniques, de maintenir et d'approfondir le savoir général, condition nécessaire d'une indispensable polyvalence des compétences. Elle doit pour cela revêtir plusieurs formes.

1.2.1. Une formation pratique de terrain

doit être organisée en premier lieu dans l'établissement ou le service d'affectation. Il s'agit essentiellement de formations très ciblées, obligatoires pour des raisons de sécurité, et programmées avant la mise en place de tout nouvel équipement ou en vue de l'introduction de nouveaux médicaments ou protocoles anesthésiques et de l'apprentissage de techniques nouvelles. Ces formations concernent notamment la connaissance du fonctionnement, de l'entretien, de la stérilisation et de la maintenance de nouveaux équipements. Aussi souvent qu'il est nécessaire, des protocoles précis sont écrits, expliqués et validés.

La formation continue sur le terrain est organisée par le cadre infirmier d'anesthésie conjointement avec le chef de service ou le médecin anesthésiste-réanimateur responsable. Il est fait appel à des intervenants internes au service ou extérieurs, tels, par exemple, des techniciens biomédicaux, des médecins hémobiologistes, des hygiénistes...

Pour répondre à des besoins nouveaux et précis comme l'introduction d'une nouvelle activité, des stages extérieurs peuvent être très utiles. Il sont pris en charge par l'établissement de soins, avec l'accord formel du service et de l'établissement receveurs. Au terme de son stage, l'IADE doit transmettre au groupe son acquis et former, le cas échéant, ses collègues appelés à utiliser ces techniques.

1.2.2. La formation générale

est nécessaire au maintien de la polyvalence des IADE. Elle peut prendre des formes diverses: cours de perfectionnement, cycles de conférences thématiques ou plus générales, ateliers de travaux pratiques... Il est souhaitable qu'elle permette l'acquisition de connaissances dans des

domaines autres que celui de l'anesthésie-réanimation: pédagogie, méthodologie, gestion, éthique, par exemple. Les programmes doivent être établis par des comités scientifiques composés d'IADE et de médecins anesthésistes-réanimateurs. L'organisation de ces formations au niveau local, régional ou national doit être confiée à des associations professionnelles de formation continue reconnues ou à des écoles d'lADE. L'accréditation de ces formations devrait relever d'un organisme représentatif de la profession, propre à la spécialité.

2. COMPÉTENCE ET DOMAINES D'ACTIVITÉ

La compétence de l'IADE est réglementairement définie par les décrets n° 93-221 du 16 février 1993 et n° 93-345 du 15 mars 1993, notamment par l'article 7 de ce dernier, qui précise la nature de leur habilitation et de leur exclusivité.

La compétence de l'IADE procède de l'application des connaissances acquises au cours des formations initiale et continue, et de l'expérience résultant de l'exercice professionnel.

L'IADE connaissant les limites de ses attributions sait faire appel à un médecin anesthésiste-réanimateur dans l'intérêt du patient.

2.1. L'IADE sur site d'anesthésie

La composition de l'équipe d'anesthésie, son importance numérique, la répartition des rôles, la plus ou moins grande autonomie de l'IADE dans le déroulement de l'acte, sont déterminées par le niveau de complexité de l'intervention projetée, le degré de gravité de la pathologie et l'état antérieur du patient. Toutes ces données sont évaluées par le médecin anesthésiste-réanimateur au cours de la consultation d'anesthésie et mentionnées par lui dans le dossier d'anesthésie.

2.1.1. Activités de soins

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

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

La participation de l'IADE à l'anesthésie du patient ambulatoire obéit aux mêmes règles.

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

2.1.2. Responsabilité de gestion

Parallèlement à ses activités de soins, L'IADE a, en raison de ses compétences, un rôle de gestionnaire du matériel d'anesthésie-réanimation, en particulier :

- la gestion du petit matériel anesthésique, à usage unique ou non, le réapprovisionnement journalier de la salle d'opération, la gestion du stock du bloc opératoire;
- la maintenance et la vérification quotidienne, au moyen de la liste correspondante, recommandée par la SFAR, de l'état de fonctionnement et de la stérilisation du matériel (circuits, respirateurs, monitorage), en cas de dépistage d'une anomalie de fonctionnement, L'IADE en informe le médecin anesthésiste-réanimateur et en réfère, le cas échéant, au cadre infirmier responsable;
- la gestion des médicaments utilisés en anesthésie-réanimation;
- la surveillance de l'approvisionnement en produits sanguins au niveau du plateau technique concerné: vérification de la délivrance, de la conservation et de la compatibilité, participation à la traçabilité des produits sanguins et aux techniques d'économie de sang.

2.1.3. L'IADE assure l'encadrement direct

des étudiants infirmiers préparant le diplôme d'État et des étudiants infirmiers anesthésistes qui lui sont confiés par le service de soins infirmiers et la direction des écoles d'infirmiers.

2.1.4. L'IADE participe aux travaux de recherche

relevant du domaine des soins infirmiers, à l'élaboration de protocoles ainsi qu'à l'évaluation des soins infirmiers en anesthésie. Il participe également aux actions de recherche mises en úuvre par des médecins anesthésistes-réanimateurs.

2.2. L'IADE en salle de surveillance postinterventionnelle (nouvelle dénomination de la salle de réveil)

La présence d'un IADE en salle de surveillance postinterventionnelle se justifie par son aptitude à évaluer les signes de réveil, à reconnaître les accidents susceptibles de se produire et à mettre en úuvre sans délai les gestes techniques indispensables, notamment aspiration, intubation, ventilation. La présence d'au moins un IADE en salle de surveillance postinterventionnelle est recommandée. L'IADE doit être effectivement présent en salle de surveillance postinterventionnelle et ne pas être simultanément affecté dans une salle du bloc opératoire.

Comme tout le personnel de la salle de surveillance postinterventionnelle, L'IADE est placé sous l'autorité médicale du médecin anesthésiste-réanimateur qui est responsable de cette salle. Ce dernier est soit spécialement chargé de la salle de surveillance postinterventionnelle, soit susceptible d'intervenir à tout moment.

La décision de sortie du patient de la salle de surveillance postinterventionnelle relève de la compétence exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle tient compte des impératifs qu'imposent les suites chirurgicales .

2.3. L'IADE en unités de soins intensifs et en réanimation chirurgicale

La présence d'IADE en réanimation, conjointement à des infirmiers diplômés d'État, n'est pas indispensable. L'IADE peut néanmoins apporter un complément de compétence notamment en ce qui concerne la préparation et la maintenance des appareils de réanimation, les gestes de première urgence en attendant l'arrivée du médecin, la participation à la mise en úuvre et à la surveillance des techniques d'analgésie, telles l ' analgésie contrôlée par le patient (PCA) ou l'analgésie péridurale continue, et les transferts intrahospitaliers de patients en état grave.

L'IADE est tout spécialement habilité à prendre en charge un poste d'encadrement dans ces unités.

2.4. L'IADE et les services d'urgences (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, Service d'Accueil des Urgences)

Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de ventilation et de surveillance...), l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier. En revanche, la présence d'un IADE ne dispense en aucune manière de celle d'un médecin, en particulier d'un médecin anesthésiste-réanimateur si une anesthésie est nécessaire.

3. ORGANISATION HIÉRARCHIQUE ET FONCTIONNELLE

Que l'établissement soit public ou privé, l'activité de soins de l'IADE est placée sous l'autorité médicale directe du médecin anesthésiste-réanimateur. Les IADE et le ou les cadres infirmiers ne reçoivent de directives médicales que de lui seul. En revanche, la hiérarchie administrative dont dépend l'IADE diffère selon les établissements.

3.1. Établissements publics de santé

Dans les établissements publics, le service de soins infirmiers a sa propre hiérarchie. Au sein de cette structure, L'IADE est placé sous l'autorité d'un cadre infirmier anesthésiste (surveillant et/ou surveillant chef) hiérarchiquement rattaché au directeur du service de soins infirmiers et au directeur de l'établissement. Ce cadre infirmier anesthésiste assiste le Chef de service.

3.2. Établissements de santé privés

Dans les établissements privés, quel que soit son employeur, l'IADE exerce son activité de soins sous l'autorité médicale et la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur.

Si le contrat de travail est établi directement entre le médecin anesthésiste-réanimateur et l'IADE, il engage la responsabilité pleine et entière de ce médecin en sa double qualité de médecin et d'employeur, quelle que soit la nature de l'acte.

4. RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DE L'IADE

L'IADE est soumis aux mêmes règles juridiques générales que l'infirmier diplômé d'État. S'y ajoutent celles qui résultent de l'extension et de l'exclusivité de compétence qui lui sont réglementairement reconnues.

L'IADE engage sa responsabilité en cas de faute dans l'exécution d'un soin ou d'une technique, de défaut de surveillance et de maintenance du matériel, de non-respect de protocole ou de prescription médicale, et de réalisation de soins ou techniques ne relevant pas de sa compétence.

4.1. Si une relation de cause à effet

est établie entre une faute et un incident ou un accident, la responsabilité civile de l'IADE peut être engagée soit solidairement avec le médecin anesthésiste-réanimateur, soit individuellement. Cette responsabilité est assumée de manière différente selon le statut et le lieu d'exercice de l'IADE.

4.1.1. Dans le secteur privé,

la responsabilité de l'employeur (établissement ou médecin anesthésiste-réanimateur) est engagée. L'assurance de ce dernier prend en charge les dommages et intérêts versés à la victime.

4.1.2. Dans le secteur public,

la détermination de la responsabilité obéit aux principes du droit administratif. L'hôpital est responsable des réparations. Le directeur de l'établissement peut cependant engager une action disciplinaire et/ou récursoire à l'encontre de l'IADE. En cas de faute détachable de la fonction, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée.

4.2. En cas de poursuite pénale,

la responsabilité de l'IADE est individuelle, même si celle du médecin anesthésiste-réanimateur est également recherchée. La délégation d'une tâche par le médecin anesthésiste-réanimateur à l'IADE n'exonère en rien ce médecin de sa responsabilité qui peut être partagée mais non transférée.

4.3. L'IADE peut être solidairement responsable

des fautes commises par l'étudiant infirmier anesthésiste qu'il est chargé d'encadrer. Aucun acte d'anesthésie ne lui est confié sans l'accord du médecin anesthésiste-réanimateur et sans s'être au préalable assuré que l'étudiant en ait fait l'apprentissage. L'exécution doit être contrôlée par l'IADE ou le médecin anesthésiste-réanimateur responsable.

4.4. La prudence doit inciter tout IADE,

quel que soit son lieu d'exercice, à souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile professionnelle, indépendamment du médecin anesthésiste-réanimateur et de l'établissement.

4.5. L'IADE doit être conscient de ses limites

et n'entreprendre que les seuls actes pour lesquels il est habilité et compétent. Il doit savoir refuser et justifier le motif de son refus (insuffisance de compétence, absence d'un médecin anesthésiste-réanimateur ou d'un remplaçant habilité, clause de conscience). Il en informe dès que possible le cadre infirmier anesthésiste, à défaut l'administrateur dont il relève, et le médecin anesthésiste-réanimateur responsable.

5. DÉONTOLOGIE DE L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE DIPLÔMÉ D'ÉTAT

Dans le cadre de ses fonctions, L'IADE est astreint aux obligations du secret professionnel. Il doit au patient des soins attentifs, consciencieux et éclairés. A ce titre, l'actualisation de ses connaissances est une obligation. Il a le strict devoir de limiter son activité aux tâches pour lesquelles il est compétent et qualifié. Même sous la pression de médecins ou de l'autorité administrative, il ne doit pas accepter de se substituer à un médecin anesthésiste-réanimateur, sauf s'il s'agit d'une urgence extrême et vitale. En cas de conflit ou de désaccord, avec ses collègues ou avec les médecins, une conciliation sera recherchée afin qu'en aucune manière, le patient n'ait à pâtir de la situation. Un arbitrage sera demandé auprès du cadre infirmier et/ou du chef de service responsables.

Bibliographie

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

Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Circulaire n° DH/SD8/88-240 du 23 mars 1988 relative au statut particulier de certains agents des services médicaux des établissements d'hospitalisation publics.

Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation. Journal Officiel de la République Française, ler septembre 1988, p. 11 137.

Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Arrêté du 30 août 1988 relatif à la formation préparant au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation. Journal Officiel de la République Française, ler septembre 1988, pp. Il 138-11 446.

Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, ler décembre 1988, pp. 14 945-14 952.

Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Décret n° 89-756 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des directeurs des écoles paramédicales relevant des établissements d'hospitalisation publics. Journal Officiel de la République Française, 19 octobre 1989, pp. 13 054- 13 056.

Ministère des Affaires Sociales et de l'intégration. Ministre délégué à la santé. Décret n° 91 - 1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation. Journal officiel de la République Française, 21 décembre 1991.

Ministère des Affaires Sociales et de l'intégration. Ministre délégué à la santé. Circulaire DH/FH 3 n° 05 du 27 janvier 1992 relative au développement de l'accès des infirmiers anesthésistes diplômés d'État aux grades d'encadrement.

Ministère de la Santé et de l'action Humanitaire. Arrêté du 20 janvier 1993 modifiant l'arrêté du 30 août 1988 modifié relatif à la formation préparant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste. Journal Officiel de la République Française, 4 février 1993, p. 1 899.

Ministère de la Santé et de L'action Humanitaire. Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Journal Officiel de la République Française, 18 février 1993, pp. 2 646-2 649.

Ministère de la Santé et de l'action Humanitaire. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel de la République Française, 16 mars 1993, pp. 4 098-4 100.

Ministère de la Santé et de l'action Humanitaire. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la sécurité anesthésique, 17 novembre 1993.

Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé. Ordre national des médecins, mai 1994.

Recommandations concernant la surveillance et les soins postanesthésiques. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, septembre 1990.

Recommandations concernant les transferts interhospitaliers médicalisés. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, décembre 1992.

Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2e Ed. janvier 1994.

Recommandations concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, janvier 1994.

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce

qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets). Journal Officiel de la République Française, 8 décembre 1 994, pp. 17 383-17 385.