

53<sup>e</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation.  
Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état  
© 2011 Sfar. Tous droits réservés.

# La responsabilité professionnelle de l'infirmier anesthésiste

G. Decroix<sup>1</sup>, V. Regnard<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Juriste, Le Sou Médical - Groupe MACSF, 10 cours du triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense cedex

<sup>2</sup> Etudiante IADE promotion 2009-2011, école régionale d'IADE, Centre hospitalier Poissy- Saint Germain en Laye

## POINTS ESSENTIELS

- Chaque métier doit faire face à ses risques. Il est important de les identifier au plus tôt au début de l'exercice professionnel pour pouvoir éviter leur survenue chaque jour dans la pratique.
- L'IADE engage sa responsabilité civile, administrative, pénale lors de chaque anesthésie à laquelle il participe, c'est pourquoi il lui est recommandé de souscrire une assurance responsabilité professionnelle de manière à pouvoir assumer sa part de responsabilité au cas où une faute préjudiciable au patient serait commise.
- Le Code de la Santé Publique légifère la profession d'IADE, mais des sociétés savantes comme la Sfar ou des syndicats comme le SNIA, ont émis des recommandations concernant les bonnes pratiques professionnelles à adopter car ils avaient conscience de la nécessité de clarifier notre décret de compétences (Art R4311-12 du CSP).
- Le métier d'IADE va sûrement évoluer ces prochaines années, dans le cadre de la collaboration entre professionnels de santé, mais il n'en reste pas moins un acteur essentiel dans la prévention des risques péri-anesthésiques.
- L'enquête réalisée a permis de conforter l'idée que la sécurité du patient est un souci de préoccupation majeur chez les IADE. De la détection des risques péri-anesthésiques, au respect des bonnes pratiques professionnelles, en passant par la transparence des écrits qu'ils laissent sur la feuille de surveillance d'anesthésie.

## INTRODUCTION

La complexité de la responsabilité professionnelle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) est en rapport avec celle du fonctionnement des blocs opératoires. Comme la sécurité du patient est l'affaire de tous, il est souvent difficile de répartir la responsabilité entre l'IADE, le médecin anesthésiste réanimateur (MAR), l'opérateur, le cadre d'anesthésie, le cadre du bloc, le chef de service d'anesthésie, le chef de service de chirurgie, la direction de l'établissement...sans parler des laboratoires fabriquant les médicaments utilisés ou des sociétés produisant ou distribuant le matériel médical !

Les missions et la place de l'IADE sont très variables d'un établissement et même d'une équipe à l'autre, ce qui rend impossible la détermination d'un modèle de responsabilité, celle-ci dépendant du rôle exact qu'a eu l'IADE dans la survenue de l'accident.

Sur la base d'un travail d'intérêt Professionnel en vue de l'obtention du diplôme d'IADE nous allons dégager les principes applicables à la responsabilité professionnelle des IADE et

observer, grâce à une enquête de terrain, le positionnement des IADE par rapport à leur responsabilité

Les IADE se voient attribuer une exclusivité d'exercice du fait de la réalisation d'actes spécifiques à leur corps de métier aux vues des connaissances qu'ils acquièrent durant leur spécialisation. Au décours de chaque anesthésie à laquelle il prend part, sa responsabilité est engagée et il doit répondre de ses actes (administrativement, civilement, pénalement, disciplinairement) lorsqu'un accident/incident survient au patient lors de la prise en charge qu'il lui assure en collaboration avec le médecin anesthésiste. Car il fait partie intégrante d'un maillon de la chaîne garantissant une prise en charge optimale de l'acte anesthésique. Ce métier impose un seuil de vigilance constant : de l'ouverture du site d'anesthésie, au matériel et aux drogues spécifiques nécessaires en salle, en passant par la connaissance du terrain de l'opéré qu'il va prendre en charge et de la chirurgie dont il va bénéficier.

## **LES PRINCIPES DE LA RESPONSABILITE DE L'IADE**

L'IADE a un niveau de compétences professionnelles clinique, technique et de soins spécifiques dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation et de la médecine d'urgence. Il accomplit des soins relevant de son rôle propre et de son rôle sur prescription médicale. Il travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires dans un cadre règlementaire défini et en collaboration avec les MAR, dans les différents sites d'anesthésie, en SSPI, dans les services d'urgences intra/extrahospitalières.

Il participe à des actes de prévention, d'éducation et de formation.

Il contribue à la prise en charge de la douleur. Il participe à des actions institutionnelles. De part ses connaissances acquises en formation initiale et continue, l'IADE analyse, gère et évalue les situations dans son domaine de compétence, afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients.

Il bénéficie d'une exclusivité de compétences.

### **Quelle responsabilité ?**

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 de techniques ne relevant pas de sa compétence. En cas de manquements aux règles qui régissent leur profession, il en répond devant une juridiction civile, administrative, et/ou pénale. Cette responsabilité est prévue en droit, elle résulte de la lecture de textes règlementaires divers; lois, décrets, arrêtés et circulaires. La jurisprudence sert également de référence tout comme les pratiques professionnelles préconisées par les sociétés savantes.

A l'occasion d'une procédure, le juge seul (aidé d'un médecin expert) détermine les seuils de responsabilité de chacun. Il va donc s'appuyer sur l'ensemble de ces textes, en tenant compte des faits, du contexte, Il n'y aura donc jamais deux affaires identiques.

Les procédures impliquant directement les IADE sont aujourd'hui très rares mais, afin de connaître la totalité des cas de mise en cause, il convient de rechercher les procédures concernant un établissement de santé ou un MAR suite à un incident opératoire, entendu au sens large.

Rappelons en effet qu'un IADE est nécessairement salarié, ce qui implique que la demande d'indemnisation du dommage subi suite à l'activité ou au manquement de l'IADE devra être dirigée contre son employeur (hôpital, clinique et, plus rarement MAR ou société regroupant

plusieurs MAR).

A l'hôpital public le statut d'agent public protège des mises en cause directes contre les IADE, le seul cas difficile se rencontrant quand l'IADE participe à une anesthésie réalisée par un MAR hospitalier mais dans le secteur privé que l'hôpital lui a accordé.

Dans ce cas l'IADE devrait être considéré comme restant agent de l'hôpital mis à disposition du MAR dans le cadre de la convention les liant mais il arrive que l'IADE réalise l'anesthésie pour la quelle le MAR va toucher des honoraires...

En établissement privé les procédures vont être plus fouillées sur la répartition des responsabilités puisque, le plus souvent, le chirurgien, l'anesthésiste, la clinique n'ont pas le même assureur et qu'il faut bien désigner le, ou les, payeurs. Ainsi l'IADE travaillant en établissement privé doit vérifier que l'assureur de son employeur couvre sa responsabilité pécuniaire pour tous les actes effectués dans le cadre de son salariat.

Les patients souhaitant une sanction personnelle du ou des fautifs plus qu'une indemnisation ont tendance à déposer une plainte pénale, la responsabilité étant alors individuelle quelque soit le type d'établissement où l'IADE travaille. C'est ici qu'intervient principalement l'assurance personnelle de l'IADE ainsi que dans les procédures disciplinaires mises en œuvre par l'employeur contre son salarié.

Le conseil de l'Ordre infirmier peut être saisi par un patient recherchant la responsabilité d'un IADE et les sanctions pouvant être prononcées sont disciplinaires (avertissement, blâme, interdiction temporaire voire définitive d'exercer) et non pécuniaires.

### **Quel cadre règlementaire ?**

L'IADE reste un infirmier, malgré sa spécialisation. Il se doit donc de garder en tête son rôle propre, défini par l'article R4311-5. On retrouve dans cet article des actes de la pratique quotidienne de l'IADE comme la surveillance de l'effet des médicaments, l'installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie, les aspirations d'un patient intubé ou trachéotomisé, la ventilation manuelle instrumentale par masque, le recueil des informations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et l'appréciation des différents paramètres servant à sa surveillance (température, rythme cardiaque, pression artérielle, diurèse, poids, réflexes pupillaires, état de conscience, évaluation de la douleur).

L'article R4311-12 est l'article spécifique aux IADE. Il précise qu'à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment, et après que ce dernier ai examiné le patient et établi le protocole, l'IADE peut appliquer les techniques suivantes:

*« 1° Anesthésie générale;*

*2° Anesthésie locorégionale et réinjection 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 MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole »*

*En salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°,2°,3° et est habilité à la prise en charge de la douleur post-opératoire relevant des mêmes techniques ».*

Cet article précise également que les transports sanitaires doivent être réalisés en priorité par un IADE et que les étudiants IADE peuvent participer à toutes ces activités à la condition qu'ils soient en présence d'un IADE.

Outre cette réglementation spécifiquement IADE, il ne faut pas oublier celle posant les normes de sécurité en anesthésie (Article D.6124-91 du CSP relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie, arrêté du 13 Octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux (articles D712-43 et D712-47 CSP). Comme ils constituent une source des bonnes pratiques professionnelles, il faut citer également les textes émanant de la Société française d'anesthésie et de réanimation (recommandations concernant le rôle de l'IADE – 1995), de l'Ordre national des médecins, du SNIA.

Les métiers de la santé sont en pleine évolution et font l'objet actuellement de réflexions sur le positionnement de chacun et sur une définition des compétences qui correspondrait mieux à ce que peuvent effectivement réaliser ces professionnels et aux besoins de fonctionnement des établissements (rapport Berland, loi HPST, rapport Hénart).

## QUAND L'ANESTHESIE DEVIENT PROCEDURE JUDICIAIRE

### Le risque au quotidien

Dès l'accueil du patient, l'IADE a pour rôle de contribuer à déjouer les pièges qu'est susceptible de lui tendre sa prise en charge. Ainsi, à titre non exhaustif, le multiple interrogatoire que « subit » le patient dès son arrivée au bloc opératoire par le personnel qui le prend en charge a pour but d'éviter:

- *En préopératoire* : l'erreur de patient ou de chirurgie, l'erreur de coté à opérer, l'inversion de dossier médical, l'erreur d'identification au niveau du bracelet que porte le patient, la non concordance des mêmes éléments d'identité sur le dossier chirurgical/ anesthésique/ documents transfusionnels, la détection d'une contre-indication, le non respect du jeun, l'absence d'autorisation d'opérer pour les mineurs...

- *En peropératoire* : confusion entre les seringues d'anesthésie, erreur médicamenteuse, réaction allergique ou anaphylactique à l'un de ces médicaments (souvent curares ou antibiotiques), dysfonction d'un matériel médical. Le terrain du patient rentrant en jeu, on dénombre d'autres types d'accidents: choc anaphylactique, hypoxie/collapsus entraînant des lésions irréversibles en post-opératoire, ventilation au masque difficile ou intubation difficile avec lésions buccopharyngées et/ou bidentaire, inhalation bronchique d'une dent, inhalation de liquide gastrique, bronchospasme, laryngospasme, hyperthermie maligne, installation chirurgicale provoquant des lésions cutanées, vasculaires et nerveuses, ophtalmiques, voire des fractures ou des luxations lors de l'installation, chute de la table d'opération, défaut de surveillance clinique et para-clinique de la part de l'IADE, non prise en compte d'un trouble de la glycémie, anémie et retard à son diagnostic, retard à la transfusion, remplissage vasculaire inadapté, embolie pulmonaire, ischémie voire arrêt cardiaque, brûlure par arc électrique au niveau du champ opératoire, absentéisme même temporaire de l'IADE de sa salle (ou du médecin s'il en assurait seul la surveillance).

- *En postopératoire* : douleur, vomissements avec inhalation, hypoxémie voire détresse respiratoire (hypoventilation alvéolaire, encombrement bronchique, tachypnée ou bradypnée, atélectasies, œdème laryngé, œdème aigu du poumon, résiduels de produits anesthésiques: hypnotiques, morphiniques, curares), obstruction des voies aériennes (chute de la langue), hématome cervical compressif, paralysie des cordes vocales, présence de corps étranger dans

l'oropharynx (packing), complications hémorragiques, lâchage de sutures, hypo- ou hyperthermie, accident vasculaire cérébral suite à une poussée hypertensive, hypertension intra-oculaire, kératite après défaut d'occlusion palpébrale, rash cutané après prescription d'antibiotiques chez un patient allergique, complications positionnelles, syndrome des Loges, dommage corporel lors du transfert de la table d'opération sur le brancard, chute, ou encore complications cardiaques (anémie, ischémie, troubles du rythme, perturbations tensionnelles, arrêt cardiaque), neurologiques (retard de réveil, agitation, déficit moteur ou sensitif), rénales (anurie, oligurie), métaboliques (troubles de la kaliémie, de la natrémie, de la glycémie). Certaines de ces complications peuvent aussi apparaître tardivement, comme les complications thromboemboliques ou les pneumopathies infectieuses.

Les barrières de protection contre ces risques peuvent être :

- L'outil informatique
- Une organisation spatiale et temporelle adéquate
- Le marquage de la zone
- Une procédure d'accueil formalisée
- La pratique systématique du « time out
- Les différents contrôles par le chirurgien et par l'anesthésiste avant l'induction.

### **Conseils professionnels**

Lorsqu'un IADE se trouve confronté, au cours de son expérience professionnelle, à une situation qui pourrait relever d'une action en justice, voici quelques pistes de réflexion et des conseils le concernant.

- a) Bien tenir sa feuille d'anesthésie
- b) Se constituer son propre dossier
- c) Faire preuve de l'actualisation des connaissances
- d) Moyens de prévention
  - s'assurer de l'évaluation médicale de tout patient à prendre en charge (dossier d'anesthésie) ;
  - toujours procéder à un interrogatoire succinct mais complémentaire avant l'intervention (jeûne, traitement...) ;
  - toujours s'assurer de la présence effective d'un MAR sur site et de sa connaissance du programme opératoire ;
  - rester dans son champ de compétences ;
  - garantir la sécurité en toutes circonstances ;
  - vérifier régulièrement le fonctionnement des mélangeurs de gaz ;
  - accueillir les patients avec empathie et veiller à leur intimité ;
  - prodiguer des soins de qualité et appliquer les règles d'asepsie ;
  - camper à la tête du patient ;
  - écrire lisiblement ;
  - noter et transmettre les évènements
  - appeler du renfort en cas d'incident/accident; informer sans délai le MAR de toute anomalie et mettre en œuvre, en cas d'urgence vitale, les gestes conservatoires en attendant son l'intervention.
  - s'investir dans la formation continue; demander à suivre par exemple une formation adéquate pour chaque type de matériel;
  - Entretenir un esprit d'équipe.
- e) Les erreurs à éviter

- Réaliser les ALR
- 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 de MAR habilité, clause de conscience). Il en informe dès que possible le cadre IADE, à défaut l'administrateur dont il relève, et le MAR responsable.
- Dans le cadre du secteur privé, si l'anesthésie est effectuée par un IADE, le patient doit en être informé dès la consultation préanesthésique.
- Endormir un patient sans s'assurer que le chirurgien est présent au bloc
- Laisser seul en salle un étudiant IADE
- Administrer des médicaments sans prescription médicale écrite et signée par l'anesthésiste aux patients en SSPI.
- Extuber un patient sans être sûr que le médecin puisse intervenir « sans délai » (précision: selon un médecin expert la notion « sans délai » équivaut à une durée maximale de 30 secondes).
- Décider de la sortie d'un patient de la SSPI.

## UNE ENQUETE DE TERRAIN

Question de départ : L'IADE adopte-t-il les conduites à tenir les plus sécuritaires pour lui et pour le patient tous les jours dans sa pratique ?

Méthode : questionnaires auprès d'IADE en exercice dans 3 hôpitaux publics et 1 privé.

38 questionnaires ont été récupérés sur 77 distribués, ce qui correspond à un taux de réponses obtenues de presque 50%. Près des 2/3 (62,1%) ont plus de 5 ans de pratique IADE.

### **Question : Connaissez-vous les textes régissant la sécurité en anesthésie ?**

81% des IADE ayant répondu indiquent connaître les textes régissant la sécurité en anesthésie.

### **Question : Avez-vous déjà vécu un incident/accident périanesthésique depuis que vous exercez ?**

La majorité des IADE (81%) ont déjà été confrontés à un incident/accident périanesthésique, mais certains IADE diplômés depuis plus de 5 ans n'y ont semble-t-il jamais été confrontés.

### **Question : Si oui, vous sentez-vous encore plus concerné depuis dans la prévention de ces incidents/accidents ?**

A cette question la réponse est franche et massive, 90% des IADE ayant vécu ce type de situation se sentent encore plus concernés par leur rôle de prévention de ces risques auprès du patient. A cette question pourtant fermée, certains des IADE ont tenu à montrer à quel point ils se sentent engagés auprès des patients; « *Je me sens toujours concerné lorsqu'il s'agit de la prise en charge d'un patient* »... « *On est toujours responsable de ses actes* »... « *L'expérience augmente la conscientisation de ses actes* », certains ont alors abordé la thématique du partage des responsabilités lors de la survenue de tels incidents « *Responsabilité partagée* »... « *On peut être concerné sans être responsable* ». Il est rassurant de voir que l'incident/accident a eu une répercussion et que des leçons ont été tirées.

### **Question : Avez-vous déjà rempli une déclaration d'évènement indésirable ?**

Seuls 51% des IADE en ont déjà rempli une, ce qui est peu. Cependant les feuilles d'évènements indésirables semblent être remplies pour les raisons suivantes; liées à l'organisation « *Dysfonction organisationnelle ou logistique* »... « *Absence ou nombre*

*insuffisant de brancardiers »... « Pas de temps pour déjeuner »... « Problème de régulation », liées aux matériels « Matériel défectueux »... « Problème matériel grave », liées à l'équipe médicale ou para-médicale « Erreur du personnel para-médical »... « Bri dentaire »... « Erreur médicamenteuse, inversion d'ampoules, ressemblance d'ampoules »... « Retard du chirurgien »... « Défaut de délai de prise en charge du chirurgien », liées au patient « Choc anaphylactique à l'induction »... « Hyperthermie maligne peropératoires ».*

**Question : Vérifiez-vous à chaque patient la feuille de consultation préanesthésique et les bilans complémentaires demandés ?**

La feuille de consultation préanesthésique et les bilans complémentaires demandés sont clairement consultés par la quasi-totalité des IADE interrogés.

**Question : Quand elles sont jointes au dossier, allez-vous voir les précédentes feuilles de surveillance anesthésique du patient que vous allez prendre en charge dans le but de vous renseigner sur des antécédents de problèmes peranesthésiques ?**

Ainsi 95% des IADE ne se contentent pas de consulter le dossier d'anesthésie mais vont plus loin: « A la recherche d'un renseignement paraissant important ou manquant » ou s'ils « Suspectent des problèmes per-anesthésiques », en allant rechercher des informations supplémentaires dans les feuilles de surveillance per-anesthésiques jointes au dossier.

**Question : Vous est-il justement arrivé de trouver sur ces feuilles de surveillance des éléments qui vous ont alertés ?**

A cette question 84% des IADE répondent oui, et précisent même le contenu de ce qui les a alertés, à savoir la Mallampati ou le Cormack du patient.

**Question : Avez-vous l'impression de remplir au mieux chaque feuille d'anesthésie ?**

Tous les IADE sauf un, sont unanimes quand il s'agit de dire qu'ils remplissent au mieux la feuille de surveillance anesthésique (97%).

**Question : Connaissez-vous vos limites de compétences règlementaires ?**

Les IADE sont majoritaires à connaître leur champs de compétences (92 %), cependant il reste toujours un flou plus ou moins entretenu par notre actuel décret de compétences qui semble tolérer certaines pratiques plus ou moins existantes dans certains hôpitaux, sous la responsabilité bien entendu des MAR (d'où sûrement les 8 % de réponses négatives).

**Question : Respectez-vous dans votre pratique quotidienne les principes de ces textes ?**

A cette question les IADE répondent majoritairement le plus souvent respecter les principes de ces textes (66%), avec un tiers d'entre eux qui déclarent toujours les respecter (31

**Question : Vous est-il arrivé de pratiquer certains actes que vous estimiez être hors champs de compétences sous la pression d'une autorité médicale (chirurgien ou MAR) ?**

C'est un point qui prête à discussion mais notons que dans les 55% ayant répondu qu'il ne leur était jamais arrivé de pratiquer des actes qu'ils estimaient hors champs de compétences il est à noter certaines phrases clefs; un certain pourcentage reconnaît « Avoir une trop petite expérience depuis le DE pour y avoir été confronté », d'autres appuient sur le fait que ces actes ont été réalisés « en dehors de toute pression d'une quelconque autorité », ou que c'était « Il y a longtemps ». Parmi les 45% qui ont répondu qu'il leur était déjà arrivé de pratiquer des actes qu'ils estimaient hors champs de compétences, on retrouve les précisions suivantes



« Pas sous la pression d'une autorité médicale »... « Parce que je le voulais bien »... « Avec l'accord du MAR ».

**Question : Avez-vous souscrit une assurance couvrant votre responsabilité professionnelle ?**

Oui à 50 %. Dans les 50 % des IADE ayant répondu non à cette question, la principale raison invoquée semble être qu'ils se sentent couverts par l'hôpital public dans lequel ils exercent en tant que personnel du service public hospitalier. Il semble exister un réel flou concernant leurs responsabilités, aux vues des nombreux commentaires plus ou moins erronés que cette question a inspirés. On pourrait donc affirmer que les IADE manquent réellement d'informations et de formation à ce sujet.

**Synthèse de l'analyse**

Le premier axe de ce questionnaire visait à savoir si les IADE adoptent dans leur pratique professionnelle quotidienne la meilleure attitude possible dans la prévention des risques péri-anesthésiques, et il en ressort que ce serait le cas même si seuls 50% des IADE remplissent des déclarations d'évènements indésirables.

Le second axe avait pour but de savoir si les IADE respectent leur champ de compétences. Les questions formulées permettent d'affirmer que 92 % des IADE semblent connaître leurs limites de compétences et que plus de 90 % des IADE les respectent le plus souvent. Les pratiques déviantes semblent en baisse, sûrement en partie grâce aux recommandations toujours plus nombreuses des sociétés savantes quant aux règles de bonnes pratiques.

Pour en revenir à la problématique de départ qui visait à savoir si les IADE adoptent dans leur quotidien les conduites les plus sécuritaires pour le patient et pour lui-même, la réponse est positive. Les IADE tendent chaque jour à se conformer au mieux à une façon de travailler proche de leur décret de compétences et proche des recommandations issues des sociétés savantes.

**BIBLIOGRAPHIE**

**Sites Web**

- Site web [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr) « IADE et IBODE: exercice et responsabilité », (page consultée le 8 Octobre 2010)
- Site web <http://fr.wikipedia.org/wiki/Risque>, « Définition du risque » (page consultée en Août 2010)
- « Anesthésie générale, la peur (voire l'effroi) persiste à juste titre », 2011, (page consultée le 14 Avril 2011)

**Articles**

- Sifreu A., (2008), « Infirmier anesthésiste, un métier à risque », [Site web « site-auvergn-ia.fr »](http://www.site-auvergn-ia.fr), 1-5., (page consultée en Août 2010).
- Criqui M., Gasparutto Y., Malavaux C., Rouge J.A., (2006), « La responsabilité de l'IADE en cinq cas concrets », [Oxymag](http://www.oxymag.com), n°88 : 18-21.
- Depooter C., Saget MA (2009), *IADE et IBODE: un travail d'équipe*, Risques et Prévention des professionnels de santé, GAMM, La Défense.
- SFAR (1994), *Recommandations concernant la surveillance des patients en cours*

*d'anesthésie, <http://www.sfar.org>, page consultée le 27 Octobre 2010.*

• *SFAR (2010), *Recommandations concernant les AR et autres spécialités ou professionnels de santé*, <http://www.sfar.org>, page consultée le 1 Mai 2010.*

• *SNIA (2002), *Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste*.*

• *Saget M.A., (2010), « Un dialogue dans le désordre », Oxymag, n° 114; 27-28.*

• *Gombault N., (2010), « Transfert de tâches: vers de nouvelles responsabilités? », Responsabilité, n° 39: 20-21.*

• *Camou C., (2010), « Réforme des études infirmières: l'intégration des formations paramédicales dans le dispositif Licence Master Doctorat. », Risque et Prévention des professionnels de santé, numéro spécial Infirmiers: p.1.*

• *Baudrin D. et Bousigue J.Y., (2009), « Le facteur Humain au bloc opératoire », Responsabilité, Numéro hors série: p.16.*

• *Courtin P., (2009), « Les alarmes informatiques permettant à des malades connus d'échapper à des accidents graves iatrogéniques lors d'une réadmission », Responsabilité, Numéro hors série: 12-13.*

• *Sfez M., (2011), « La pression de production en anesthésie », J.E.P.U, 77-80*

• *Phar (2011), *Métiers intermédiaires: un nouveau concept. Le rapport Hénart décortiqué pour phar* »*

• *Delaunay L., Plantet F., (2011), « Productivité et sécurité au bloc opératoire: comment les concilier ? », JEP.U, 85.*

•

## **Ouvrages**

Nicolet M. (2003), *L'infirmier anesthésiste*, Médecine-Sciences Flammarion, Collection pour les infirmiers dirigée par Edwige Michez, Condé-sur-Noireau, 233p.

• N.B, S.D, C.H, M.A.S. (2010), *Carnet de suivi de l'étudiant Infirmier Anesthésiste à Foch*, 22 p

## **Textes règlementaires**

• « Code de la santé publique », <http://www.Légifrance.gouv.fr>