



Responsabilité juridique des IADE

M. Germain DECROIX – Le Sou Médical

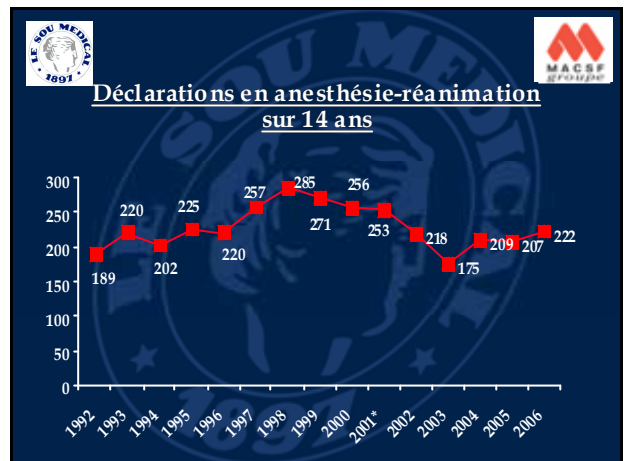
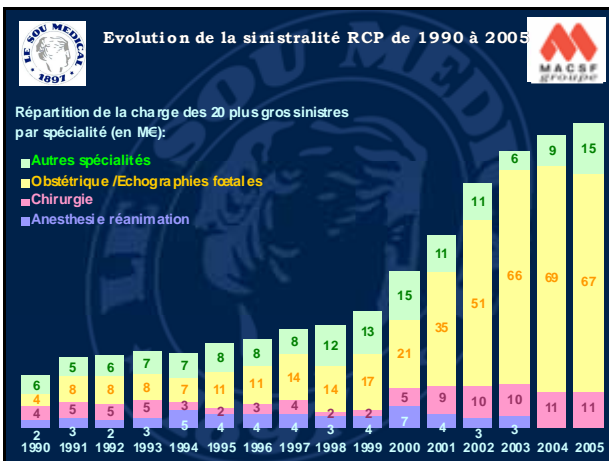
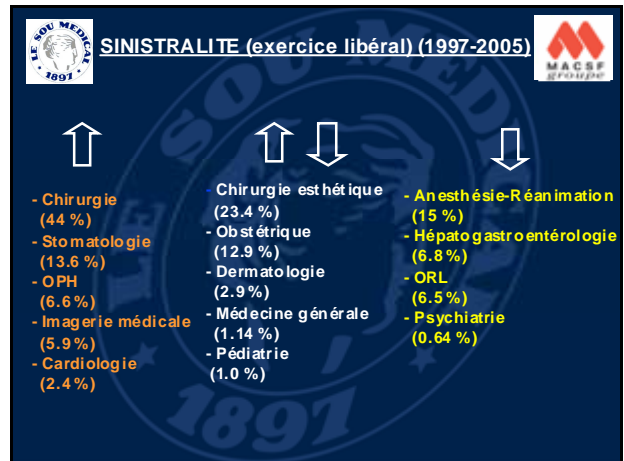
LA RESPONSABILITE DES INFIRMIERS ANESTHESISTES



MISES EN CAUSE PREVISIBLES (exercice 2005)

Chirurgie	15 par spécialiste
Chirurgie esthétique	8 "
Anesthésie-Réanimation	5 "
Stomatologie	48 pour 10 spécialistes
Obstétrique	45 "
Hépatogastroentérologie	24 "
OPH	23 "
ORL	23 "
Imagerie médicale	20 "
Dermatologie	10 "
Moyenne	9 "
Cardiologie	8 "
Médecine générale	4 "
Pneumologie	4 "
Pédiatrie	4 "
Psychiatrie	2 "

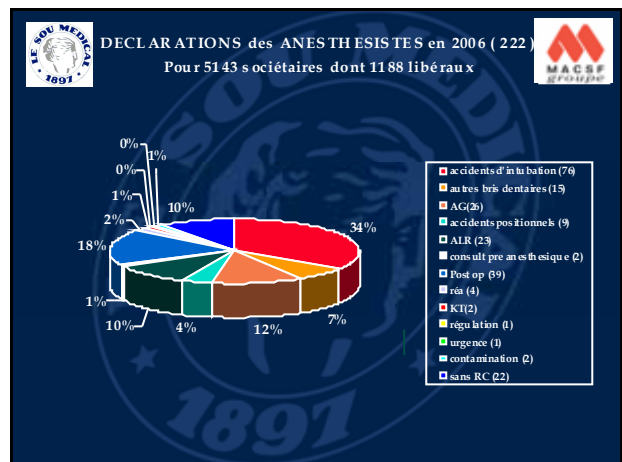
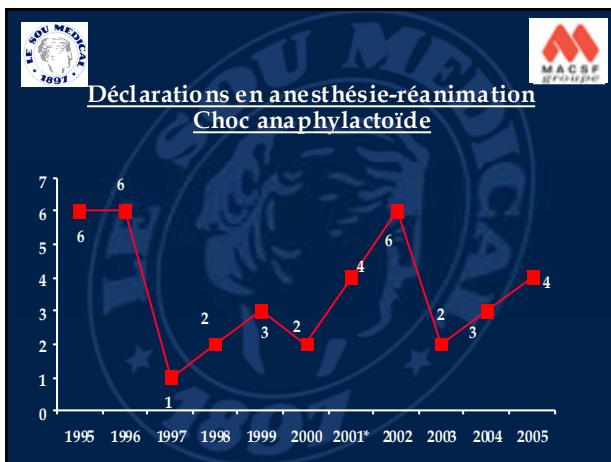
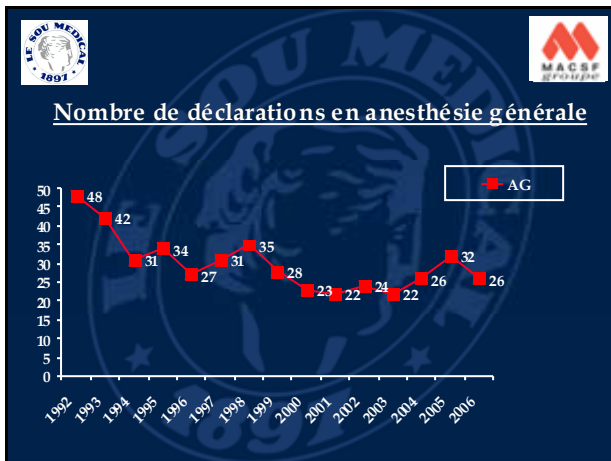
(a) Spécialités libérales (35 ans d'exercice)





Responsabilité juridique des IADE

M. Germain DECROIX – Le Sou Médical



LA RESPONSABILITE DES IADE

- amiable
- CRCI
- civile
- administrative

⇒ **Indemnisation** de la victime

- pénale

⇒ **Répression** du coupable

- disciplinaire

⇒ **Sanction** par l'employeur ou le futur Ordre

Cumul possible

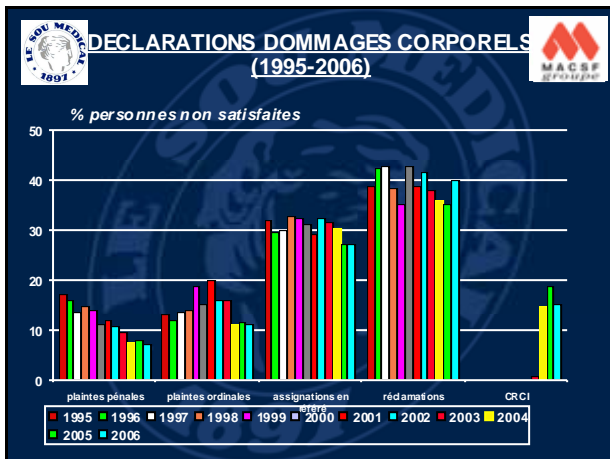
Prescription

- Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des personnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par **10 ans** à compter de la **consolidation du dommage**.
- Les actions pénales (délits) se prescrivent par **3 ans** à compter des faits (art. 8 du Code de procédure pénale)



Responsabilité juridique des IADE

M. Germain DECROIX – Le Sou Médical



Principes de la responsabilité

LA RESPONSABILITE CIVILE

- **Une faute** : les soins doivent être consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science
- **Un dommage** : préjudice certain, direct et personnel
- **Un lien de causalité** entre les deux

LA RESPONSABILITE PENALE

Le principe de légalité

Art. 121-1 du code pénal :

Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait.

QUAND UNE IADE SALARIÉE COMMET UNE FAUTE PROFESSIONNELLE, QUI VA PROCEDER A L'INDEMNISATION DU PATIENT ?

A- L'IADE
B- SON EMPLOYEUR

B- l'employeur

SAUF :

- Faute volontaire
- Dépassement des compétences réglementaires
- Faute détachable du service (non-assistance)
- Soins donnés en dehors de l'établissement (urgence uniquement)





Responsabilité juridique des IADE

M. Germain DECROIX – Le Sou Médical



Textes relatifs à la compétence professionnelle



TEXTES QUI REGISSENT LA PROFESSION

- Décret du 5 décembre 1994 Art. D6124- 91 à 103 CSP (sécurité en anesthésie)
- Art. R 4311-1 à 15 CSP relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Art. R 4312-1 à R 4312-49 CSP (= décret du 16 février 1993)



IADE

- Décret du 30 août 1988 (certificat d'aptitude)
- Arrêté du 17 janvier 2002 (formation)
- Art. R 4311-12 (compétence) } chronologie

INFECTIONS

- Décret du 26 juillet 2001 (signalements)+ circulaire 30 juillet 2001
- Circulaire du 14 mars 2001 (agents non conventionnels)

REANIMATION décrets du 5 avril 2002





MISSIONS DES INFIRMIERS ANESTHESISTES

Article R 4311-12 CSP

« 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 :

- anesthésie générale
- anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin
- réanimation per-opératoire.

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





MISSIONS DES INFIRMIERS ANESTHESISTES

Article R 4311-12 CSP

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



UN EXEMPLE



Une anesthésie générale donnée par une IADE en l'absence d'un médecin anesthésiste ...

Responsabilité juridique des IADE

M. Germain DECROIX – Le Sou Médical



ANESTHESIE (1997)(1/15)

1995 - Garçon, 4 ans

1995 - Consultation ORL pour rhinopharyngite et hypertrophie des amygdales

fév 1997 - Décision d'adénoïdectomie (sans amygdalectomie) en raison de la répétition des affections rhinopharyngées malgré le traitement médical

14-02-97 - Consultation de pré-anesthésie (Dr A ..) : RAS

17-02-97 - Accueilli au bloc par Dr A ...
8 h 30 confié à une IADE

ANESTHESIE (1997)(2/15)

17-02-97 - Branchement électrocardioscope et oxymétrie

- . Induction anesthésique par IADE (Dr A ... ayant quitté la salle) : Halothane à 2-3 %, véhiculé par un mélange à parts égales de protoxyde d'azote et d'oxygène, sortant directement du tuyau, le flux gazeux étant dirigé vers la face de l'enfant (technique dite du "tuyau d'arrosage"...) .
- . Une fois l'anesthésie approfondie (pupilles centrées), l'ORL fait l'adénoïdectomie, l'enfant étant maintenu par la panseuse et seul l'oxygène lui étant administré, après purge du ballon.

ANESTHESIE (1997)(3/15)

17-02-97

- Un anesthésiste, Dr B ... entrant fortuitement dans la salle, constate que :
 - . le tracé du cardioscope est parasité et ininterprétable
 - . l'oxymétrie ne fonctionne pas
- Brutalement, l'état de l'enfant se détériore : il s'arc-boute et devient grisâtre.
- Après remise en place des électrodes du cardioscope, tracé de fibrillation ventriculaire
 - . Absence de respiration spontanée
 - . Absence d'obstruction laryngée (ORL)
 - . Intubation et ventilation en O2 (Dr B ...)
 - . Massage cardiaque externe

10 h 15 - Décès

ANESTHESIE (1997)(4/15)

Autopsie

- Absence de lésions viscérales (notamment cardiaque et cérébrale)
- . Présence de 2 amygdales jointes, très importantes, congestives, oedémateuses

Plainte pénale pour homicide volontaire

ANESTHESIE (1997)(5/15)

Expertise (1998)

1- Impossibilité de préciser la cause exacte du décès

soit - obstruction des voies aériennes supérieures en rapport avec l'hypertrophie amygdalienne

soit - troubles du rythme cardiaque, eux-mêmes pouvant avoir été favorisés par l'emploi de l'halothane comme agent anesthésique et par une hypoxémie éventuelle qui peut compliquer ce type d'induction. Le niveau d'anesthésie ("pupilles en position centrée") était trop profond pour la réalisation d'une adénoïdectomie.

ANESTHESIE (1997)(6/15)

Expertise (1998)(suite 1)

2- Il existe une **FAUTE D'ORGANISATION** : anesthésie entièrement confiée à une IADE alors qu'un médecin anesthésiste doit toujours être présent lors de cette phase de l'anesthésie.

Recommandations de la SFAR (janvier 1994 et janvier 1995)

"(...) L'anesthésie pour adénoïdectomie est une anesthésie très courte que l'on peut considérer comme une induction anesthésique sans phase d'entretien, compte tenu de la durée. Cette anesthésie peut être effectuée par une IADE en présence d'un médecin anesthésiste et non pas par une IADE sans la présence effective à ses côtés d'un médecin anesthésiste (...)"

Responsabilité juridique des IADE

M. Germain DECROIX – Le Sou Médical



ANESTHESIE (1997)(7/15)



Expertise (1998)(suite 2)

- 3 - L'IADE n'a pas jugé correctement l'état du patient puisque c'est le Dr B ..., entré fortuitement qui a constaté que l'enfant n'allait pas bien.
 - Une telle constatation aurait été **vraisemblablement** faite plus rapidement si le Dr A ... avait été présent lors de l'anesthésie.
- 4 - **Il n'est pas certain** qu'un diagnostic précis et immédiat de cet accident ait pu permettre une réanimation efficace.



ANESTHESIE (1997)(8/15)



NON -LIEU

Assignation en référé pour réparation du préjudice subi (octobre 2000)

- Dr A ...
- IADE
- ORL
- Clinique



ANESTHESIE (1997)(9/15)



Expertise (2001)

- 1- Le Dr A ... est fautif de
 - ne pas avoir réalisé l'induction anesthésique de l'enfant
 - de ne pas avoir vérifié le bon fonctionnement des appareils de surveillance (cardioscope, oxy-saturométrie), leur mise en place correcte ainsi que le réglage de leurs alarmes.
 - de ne pas avoir aidé l'IADE à mettre en place une voie veineuse fiable.



ANESTHESIE (1997)(10/15)



Expertise (2001)(suite 1)

- 2- Le fait de confier une anesthésie à une IADE laisse à l'anesthésiste la responsabilité de l'acte médical qu'est une anesthésie
même si cette responsabilité est partagée avec le chirurgien qui doit exiger la présence d'un médecin anesthésiste pour surveiller le déroulement de l'anesthésie.



ANESTHESIE (1997)(11/15)



Jugement (2004)

- 1- Dr A ...
Responsabilité engagée pour "avoir confié l'anesthésie à une IADE" en étant absent de la salle d'opération et n'être revenu qu'après la survenue de l'arrêt cardiaque.



ANESTHESIE (1997)(12/15)



Jugement (2004)(suite 1)

- 2- ORL
Responsabilité engagée car "savait lors de l'intervention qu'il n'était pas assisté d'un médecin anesthésiste mais d'une IADE qui ne pouvait seule effectuer une anesthésie. Il lui appartenait, dans ce cas, soit de retarder, soit de différer l'intervention jusqu'à ce que soit présent un médecin anesthésiste.
"(...) S'il existe une indépendance entre l'anesthésiste et le chirurgien, pour l'exercice de leur art, il pèse néanmoins sur chacun de ces médecins qui concourent à l'acte chirurgical, une obligation générale de prudence et de diligence quant au domaine de compétence de l'autre (...)".

Responsabilité juridique des IADE

M. Germain DECROIX – Le Sou Médical



ANESTHESIE (1997)(13/15)



Jugement (2004)(suite 2)

3- IADE

Responsabilité engagée car

- a accepté de pratiquer seule l'anesthésie du patient au mépris des recommandations éditées par la SFAR
- n'a pas vérifié le branchement correct des appareils de contrôle dont le dysfonctionnement momentané a été immédiatement constaté par le Dr B ...
- n'a pas correctement apprécié l'état de l'enfant dont la détresse respiratoire a été également, d'emblée diagnostiquée par le Dr B ...



ANESTHESIE (1997)(14/15)



Jugement (2004)(suite 3)

4- Clinique

Responsabilité engagée car "le programme opératoire du 17 février 1997 et les comptes rendus opératoires du même jour permettent de constater que le Dr A ... était censé assurer les anesthésies de 4 interventions dans 3 salles différentes entre 8 h et 8 h 30 dont 2 à la même heure".

Ces éléments caractérisent un défaul d'organisation, au sein de l'établissement, en ce qui concerne le déroulement des anesthésies, qui a été préjudiciable à l'enfant, puis qu'il n'a pas été mis à sa disposition, un médecin anesthésiste.



ANESTHESIE (1997)(15/15)



Jugement (2004)(suite 4)

- Condamnation, *in solidum*, du Dr A ... (50 %), de l'IADE (30 %), de l'ORL (10 %) et de la clinique (10 %) à indemniser le préjudice subi par les proches de l'enfant.
- Indemnisation de **103 423 euros**