Ecole d'infirmiers anesthésistes – CHU de Bordeaux

L'INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLOME D'ETAT ET L'ANESTHESIE LOCOREGIONALE EN PEROPERATOIRE

CAVEY Adélie

Promotion 2010-2012

REMERCIEMENTS

Je remercie les cadres de santé des divers lieux d'enquête ainsi que les infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état qui ont bien voulu prendre du temps pour répondre à mes questions.

Je remercie également Mme CHAUVET et Mme BORDENAVE pour leur écoute et conseils lors des différentes guidances du travail d'intérêt professionnel ainsi que pour leur soutien face aux difficultés rencontrées lors de la diffusion du questionnaire.

Je remercie aussi l'ensemble des professionnels en anesthésie (I.A.D.E. et M.A.R.) avec qui j'ai eu l'occasion de discuter du thème de l'A.L.R. et le rôle de l'I.A.D.E. durant ma formation.

Je remercie mes collègues de promotion, mes amis et mes proches pour leur regard critique sur mon travail et pour leur soutien lors des moments de doute et d'inspiration affaiblie.

RESUME

L'infirmier anesthésiste diplômé d'état (I.A.D.E.) a reçu une formation théorique et pratique de deux ans sur les différents types d'anesthésie : anesthésie générale et anesthésie locorégionale.

Qu'est ce que l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale ? Quelles sont les compétences de l'I.A.D.E. lors de la prise en charge d'un patient sous anesthésie en per opératoire ? Quelles sont les réglementations lors d'une anesthésie générale (A.G.) et lors d'une anesthésie locorégionale (A.L.R.) ?

L'ensemble des I.A.D.E. ont eu une formation commune, pourtant, nous remarquons des variations dans les prises en charge des patients sous A.G. ou sous A.L.R. Comment expliquer ces différences ? Est-ce lié aux années d'expérience en tant qu'I.A.D.E. ? Est-ce lié à la fréquence des A.L.R. pratiquées selon les divers lieux ? Peut-être des protocoles de prise en charge des patients selon le type d'anesthésie sont-ils établis dans certaines structures et pas dans les autres ?

Le patient est conscient lors d'une A.L.R. ce qui modifie la prise en charge et la surveillance du patient en per opératoire. Comment les I.A.D.E. gèrent-elles la communication auprès du patient en per opératoire ?

Est-ce que les I.A.D.E. ont la même autonomie lors d'A.G. ou lors d'A.L.R. en per opératoire ? Qu'est ce qui intéresse les I.A.D.E. lors d'A.G. et lors d'A.L.R. ?

L'ensemble de ces interrogations ont été discutées lors de ce travail d'intérêt professionnel. Nous avons essayé d'établir des hypothèses pour répondre à ces questions par l'analyse d'un questionnaire. Ce questionnaire a été diffusé avec quelques difficultés auprès des I.A.D.E.

Enfin, à la fin de l'analyse globale nous avons établi un constat et proposé un positionnement professionnel en tant qu'I.A.D.E.

Puis, nous avons proposé d'autres idées pouvant être en lien avec le thème de l'I.A.D.E. et de l'A.L.R. en per opératoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION p01

I. EXPOSE DU SUJET p02
A. CHOIX DU SUJET p02
B. EXPOSE DES SITUATIONS PROFESSIONNELLES p02

II. PARTIE THEORIQUE RECHERCHE DOCUMENTAIRE p04
A. ANESTHESIE LOCOREGIONALE p04
1. DEFINITION p04
1.1 L'ANESTHESIE LOCALE p05
1.2 LES ANESTHESIES REGIONALES p05
2. LES CONDITIONS REGLEMENTAIRES p06
2.1 LES LOIS p06
2.2 LES RECOMMANDATIONS p07
2.3 LE MONITORAGE p08
3. LES RISQUES ANESTHESIQUES p08
3.1 LA PREVENTION DES COMPLICATIONS p09

B. L'ANESTHESIE GENERALE p09
1. DEFINITION p09
2. LES CONDITIONS REGLEMENTAIRES p10
2.1. LES LOIS p10
2.2. LES RECOMMANDATIONS p10
2.3. LE MONITORAGE p11
3. LES RISQUES ANESTHESIQUES p12

C. LES COMPETENCES DE L'INFIRMIER (RE) ANESTHESISTE p13
1. DEFINITION DE LA COMPETENCE p13
2. LES CONDITIONS REGLEMENTAIRES p14
2.1. LES LOIS p14
2.2. LES RECOMMANDATIONS p14
3. LA FORMATION p15

III. ANALYSE p16

A. RECHERCHE COMPLEMENTAIRE SOUS LA FORME D'UN QUESTIONNAIRE D'ENQUETE p16
1. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE p16
2. LES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA DIFFUSION p16
3. RESTITUTION DES RESULTATS p17
3.1. LE NOMBRE DE QUESTIONNAIRE DIFFUSE ET REMPLI p17
3.2. LES RESULTATS PAR QUESTION p17
3.3. L'ANALYSE GLOBALE p29

B. POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL EN TANT QU'INFIRMIERE ANESTHESISTE p31

CONCLUSION p33

BIBLIOGRAPHIE p35

LISTE DES SIGLES p37

ANNEXE p38

INTRODUCTION

Durant la formation d'infirmier anesthésiste diplômé d'état (I.A.D.E.), nous sommes amenés à intégrer de nombreuses notions théoriques sur l'anesthésie et son environnement sécuritaire.

Aussi, les terrains de stage nous permettent d'observer et d'appliquer les différentes pratiques enseignées.

Au cours de l'avancée de la formation d'I.A.D.E., nous avons quelques fois un regard critique aussi bien positif que négatif sur les variations des situations rencontrées en fonction des spécificités anesthésiques et chirurgicales. Nous en discuterons dans la première partie de ce travail pour expliquer le choix de ce sujet et en exposant les situations professionnelles observées.

L'anesthésie est un domaine vaste qui comprend plusieurs types d'anesthésies : anesthésie générale et anesthésie locorégionale. Cela implique une connaissance des produits pharmacologiques utilisés, de leurs effets et des risques de complications. L'anesthésie nécessite également une maîtrise technique des gestes de soins qui en découlent. Il existe de nombreuses lois et recommandations qui réglementent l'anesthésie et imposent des surveillances spécifiques en fonction du type d'anesthésie. La surveillance anesthésique est effectuée en partie par l'I.A.D.E. qui par sa formation et son expertise a les compétences nécessaires. L'ensemble de ces données seront développées dans la deuxième partie par l'apport théorique.

Les situations décrites et les informations théoriques nous ont amené à diffuser un questionnaire d'enquête sur les lieux où se pratiquent l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale afin d'obtenir un aperçu des pratiques anesthésiques réalisées sur les terrains. A travers ces questionnaires nous avons réalisé une analyse des pratiques professionnelles des I.A.D.E. Cette analyse se trouve en troisième partie, elle regroupe les données recueillies et aboutit à un positionnement professionnel en tant qu'infirmière anesthésiste diplômée d'état.

I. EXPOSE DU SUJET

A. CHOIX DU SUJET

Il existe différents types d'anesthésie : l'anesthésie générale où le patient est inconscient et l'anesthésie locorégionale où le patient est conscient.

Lors de mes différents stages j'ai remarqué que les I.A.D.E. choisissaient surtout des interventions sous anesthésie générale plutôt que celles sous anesthésie locorégionale (A.L.R.).

De plus lorsque les I.A.D.E. sont en salle d'opération lors d'une chirurgie sous A.L.R. il m'est apparu qu'ils restaient moins de temps en salle auprès du patient.

Il me semble donc intéressant de traiter ce sujet : l'I.A.D.E. et l'A.L.R.

B. EXPOSE DES SITUATIONS PROFESSIONNELLES

Durant un stage de première année où se pratiquaient beaucoup d'interventions sous A.L.R., j'ai constaté que les I.A.D.E. laissaient facilement les étudiants infirmiers anesthésistes seuls en salle (pour reconditionner le matériel ou d'autres raisons). Je me demande en quoi ce type d'anesthésie permet aux I.A.D.E. de s'absenter plus facilement que lors des interventions sous anesthésie générale. Y a-t-il une perception des risques anesthésiques sous A.L.R. en per opératoire différente par l'I.A.D.E.?

Lors d'un autre stage de deuxième année, j'ai eu l'occasion de discuter de ce sujet avec un M.A.R. et un I.A.D.E. L'I.A.D.E. m'a clairement fait comprendre que l'A.L.R. pour lui n'était pas intéressante car il ne réalisait pas d'acte technique mais plutôt des soins relationnels. Au contraire, le M.A.R. a insisté sur le rôle d'I.A.D.E. comme assistant lors de la pose de l'A.L.R. et de ses compétences face à la surveillance et à l'analyse des complications de ce type d'anesthésie auprès du patient. Les points de vue étaient différents.

Enfin, lors d'un autre stage où l'activité d'anesthésie principale est l'A.L.R. j'ai pu recueillir des avis distincts. Les I.A.D.E. apprécient le fait de se détacher de soins techniques pour privilégier des soins relationnels pour minorer l'anxiété du patient. Certains m'ont également parlé de technique d'hypnose.

Au cours de ma formation, dans des terrains de stage variés, j'ai eu des propos divergents sur ce sujet. Pourquoi les points de vue sont différents ? Est-ce un problème d'investissement, de motivation ou de technicité ? Pourquoi certains I.A.D.E. se désintéressent des A.L.R. alors qu'ils ont eu la même formation que leurs collègues I.A.D.E. qui s'investissent lors de ce type d'anesthésie ?

Le type d'anesthésie (anesthésie générale ou A.L.R.) influence t-il la qualité (bonne ou mauvaise) de la surveillance du patient en per opératoire par l'I.A.D.E. ?

Est-ce que le type d'anesthésie (anesthésie générale ou A.L.R.) modifie la perception (représentation d'un objet construite par la conscience à partir de sensations) des risques anesthésiques per-opératoire par l'I.A.D.E. ?

L'ensemble de ces remarques m'ont amené à cette problématique :

« En quoi la connaissance des risques anesthésiques par l'I.A.D.E. modifie sa surveillance du patient lors d'une anesthésie locorégionale en per opératoire? »

Pour tenir compte de la réalité de cette situation, il me faut réaliser une enquête sur les terrains où se pratique l'A.L.R.

Apres avoir exposé le sujet de ce travail d'intérêt professionnel, ainsi que la problématique qui en découle ; nous aborderons l'aspect théorique des termes du thème. Ce chapitre examinera des définitions, la réglementation et les risques anesthésiques.

II. PARTIE THEORIQUE ET RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Il existe différents types d'anesthésie. L'anesthésie générale qui abolit la perception de la douleur. Le sommeil du patient est obtenu par l'utilisation de divers médicaments anesthésiants. Le plus souvent, il convient de procéder également à une ventilation artificielle.

Pour certaines interventions, il est possible d'insensibiliser uniquement la partie du corps concernée. On parle d'anesthésie locorégionale.

A. L'ANESTHESIE LOCOREGIONALE

1. DEFINITION

« L'anesthésie locorégionale inhibe la conduction du message sensitif et éventuellement moteur intéressant un territoire anatomique particulier. Elle insensibilise la partie du corps innervée par le plexus ou tronc nerveux concerné. La conduction nerveuse peut aussi être interrompue au niveau de la moelle épinière (anesthésie péridurale ou rachianesthésie). »[1]

Les A.L.R. n'entraînent pas de perte de conscience ce qui signifie que la respiration et les réflexes protecteurs des voies aériennes sont maintenus. Elles s'accompagnent quelquefois, pour les patients les plus anxieux, d'une sédation hypnotique à faible dose.[2]

« L'appellation anesthésie locorégionale regroupe l'ensemble des techniques anesthésiques qui utilisent le principe du blocage « à la source » de la sensation douloureuse par interruption transitoire de la conduction des nerfs sensitifs provenant du territoire concerné ou par blocage de la transmission des influx nociceptifs au niveau du premier relais médullaire. Ce principe implique la nécessité d'amener le composant médicamenteux actif au contact des structures nerveuses à bloquer et s'oppose à l'anesthésie générale par l'absence d'action sur les centres encéphaliques de la conscience et de la douleur. »[3]

[1] H.BOBY, C.DUBRAY, P.SCOEFFER, Anesthésie locale, locorégionale et générale, La revue du praticien, p399.
[2] A.RAME, les différents types d'anesthésie, Revue de l'infirmière, p13.
[3] M.T.COUSIN, B.FONTAINE, L.GOUYET, R.MANEGLIA, I.PIPIEN, Petit précis d'anesthésie à l'usage des non anesthésistes, p166.

1.1 L'ANESTHESIE LOCALE

Cette anesthésie se limite à la région visée et est généralement réalisée par injection d'anesthésiques locaux dans les tissus ou parfois par l'application d'une gelée ou crème contenant un principe anesthésiant.

1.2 LES ANESTHESIES REGIONALES

Il s'agit de l'anesthésie du territoire desservi par un nerf ou un groupe de nerfs. Elle est obtenue par injection d'un anesthésique local à proximité du réseau nerveux. On distingue les anesthésies régionales axiales (rachianesthésies, anesthésies péridurales, anesthésies caudales) qui permettent une anesthésie du bas du corps et les anesthésies régionales périphériques qui permettent d'agir sur un membre ou un segment de membre (bloc nerveux périphériques).

- LA RACHIANESTHESIE

Lors de la rachianesthésie, un anesthésique local est injecté directement dans le liquide céphalorachidien qui entoure la moelle épinière.

« La rachianesthésie est une technique d'anesthésie locorégionale qui permet d'anesthésier la partie inférieure du corps réalisée en injectant un anesthésique local et ou un morphinique, entre deux vertèbres lombaires directement dans le canal rachidien. Elle permet d'obtenir une analgésie postopératoire par l'injection, dans le liquide céphalo-rachidien, de morphinique de longue durée d'action. »[1]

- ANESTHESIE PERIDURALE

« Lors de l'anesthésie péridurale, un anesthésique local est injecté dans l'espace péridural qui est limité par la dure-mère. Cette technique est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses. »[2]

La péridurale est une technique d'anesthésie locorégionale consistant à introduire un cathéter dans l'espace péridural pour y injecter un anesthésique ou analgésique. Elle permet le blocage des fibres sensitives et motrices se trouvant à proximité de

[1] A.RAME, les différents types d'anesthésie, Revue de l'infirmière, p13.
[2] CLUB D'ANESTHESIE-REANIMATION OBSTRETRICALE, Protocoles en anesthésie et analgésie obstétricales, p3.

l'espace péridural. Dans d'autres applications (chirurgie, soulagement de la douleur), la péridurale peut également être cervicale ou thoracique.

- L'ANESTHESIE CAUDALE

L'anesthésie caudale est une anesthésie péridurale réalisée par l'injection d'un anesthésique local dans le canal sacré. Cette méthode est plus fréquemment employée chez les nourrissons que chez les adultes, car il existe moins de risques de brèche dure-mérienne ou de blocage sympathique que dans la péridurale.

- L'ANESTHESIE PAR BLOCS NERVEUX PERIPHERIQUES

« L'anesthésie par blocs nerveux périphériques réalise une insensibilité localisée d'une partie du corps (bloc plexique et tronculaire). Ces blocs périphériques peuvent dans certaines indications, être considérés comme des techniques d'anesthésie peropératoire mais restent le plus souvent utilisés comme des techniques d'analgésie per et postopératoire. »[1]

Ainsi, nous avons donc constaté que l'anesthésie locorégionale a des particularités spécifiques. En suivant, nous étudierons la réglementation qui caractérise ce type d'anesthésie.

2. LES CONDITIONS REGLEMENTAIRES

2.1. LES LOIS

Selon le CODE DE LA SANTE PUBLIQUE *« 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 : (….) 2° Anesthésie loco-régionale et ré injections dans le cas où le dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ; (…). Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-*

[1] A.RAME, les différents types d'anesthésie, Revue de l'infirmière, p14.

réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. »[1]

2.2. LES RECOMMANDATIONS

Selon l'Ordre National des Médecins : *« L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. L'I.A.D.E. aide le médecin anesthésiste-réanimateur dans sa tâche mais ne peut pas entreprendre seul une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie-réanimation. »*[2]

De plus, d'après l'Ordre National des Médecins *: « Le médecin anesthésiste-réanimateur peut confier à l'I.A.D.E., temporairement, sous sa propre responsabilité, la surveillance d'un patient anesthésié, ne constituant pas un risque particulier, et à condition qu'il soit à tout moment immédiatement joignable et disponible à proximité de la salle d'opération. L'I.A.D.E. est également habilité à participer à toute anesthésie locorégionale et à pratiquer des réinjections dès lors que le dispositif d'injection a été posé par un médecin anesthésiste-réanimateur et sur prescription écrite des médicaments et des posologies. »*[3]

Aussi, selon la S.F.A.R. *« Toute anesthésie (…) locorégionale, (…) susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. (…). Le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou un(e) infirmier(e) anesthésiste, en particulier en début et en fin d'anesthésie. »*[4]

Selon le S.N.I.A. (syndicat national des infirmiers anesthésistes) *« L'infirmier anesthésiste participe à la réalisation des anesthésies locorégionales. Il possède la connaissance du matériel, de la pharmacologie des produits utilisés, de la surveillance, du dépistage et du traitement des complications éventuelles et ceci quelle que soit la technique. »*[5]

L'ensemble de ces recommandations imposent un monitorage spécifique et réglementaire.

---

[1] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Les actes professionnels. Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1, article R.4311.12.
[2] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, p18.
[3] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, op.cit
[4] S.F.A.R., Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie, janvier 1994.
[5] S.N.I.A., Recommandations pour l'exercice de la profession I.A.D.E. p7.

2.3. LE MONITORAGE

La réalisation d'une A.L.R. impose la même surveillance que lors d'une anesthésie générale. Cela concerne le cardioscope, la pression non invasive et l'oxymètre de pouls. La surveillance débute en préopératoire et se poursuit jusqu'en postopératoire. La pose d'une voie veineuse périphérique est obligatoire. De plus, le matériel de réanimation et de ventilation doit être accessible et fonctionnel sans délai.

Le patient sera surveillé pendant tout le temps de l'A.L.R. mais d'autant plus dans la première heure suivant l'injection de l'anesthésique local. C'est durant cette période qu'apparaissent les complications dues à la résorption plasmatique de l'anesthésique local. Il est donc impératif de monitorer la fréquence cardiaque, la pression artérielle tout en s'assurant de l'installation du bloc sensitivo-moteur et en évaluant d'éventuels signes de toxicité neurologique et cardiaque.

De plus, il est nécessaire d'établir un contact verbal fréquent avec le patient pour dépister les signes de complication tout en évaluant l'anxiété du patient et en la traitant si besoin.

Ainsi, nous avons constaté que l'anesthésie locorégionale nécessite des précautions et une surveillance réglementaires dans le but d'éviter les risques et complications liés à ce type d'anesthésie.

3. LES RISQUES ANESTHESIQUES

« Un risque est un danger dont on peut jusqu'à un certain point mesurer l'éventualité, que l'on peut plus ou moins prévoir. » [1]

Il est indispensable, pour l'utilisation d'une A.L.R. de s'assurer de l'absence de contre-indication, et que la réalisation du bloc se fait dans des conditions d'asepsie correctes.

Les contre-indications absolues concernent le refus du patient, l'infection au point de ponction, l'infection généralisée avec signes systémiques, les troubles de l'hémostase et les traitements anticoagulants.

Il existe également des contre-indications relatives : neuropathie diabétique, trouble psychiatrique…où il est nécessaire de se poser la question du bénéfice risque.

Un des risques lors d'une A.L.R. est l'échec de l'anesthésie lié à la technique.

[1] DICTIONNAIRE HACHETTE, 2005.

Lors de l'utilisation d'anesthésiques locaux pour une A.L.R., il existe une sympathoplégie et une vasodilatation.

Il existe aussi un risque de traumatisme nerveux, amoindri depuis l'utilisation du repérage échographique lors des ponctions.

Les autres risques lors d'une A.L.R. concernent la toxicité des anesthésiques locaux avec une toxicité neurologique (photophobie, épilepsie, convulsion, coma…) et une toxicité cardiaque (altération éléctrophysiologique, atteinte de la contractilité cardiaque, arrêt cardiaque).

3.1. LA PREVENTION DES COMPLICATIONS

Pour éviter la toxémie des anesthésiques locaux, il est impératif d'effectuer un certain nombre de précautions. A savoir :

- Réaliser un test d'aspiration avant d'injecter l'anesthésique local. (par le M.A.R.)
- Garder le contact verbal avec le patient pour dépister rapidement tout signe de toxicité.
- Toute douleur en cours d'injection doit faire arrêter le geste.
- Rechercher les signes de surdosage des anesthésiques locaux (goût métallique, acouphènes, paresthésies péribuccales, bâillements, somnolence, dysarthrie, logorrhée, clonies, convulsions généralisées, élargissement des complexes QRS…)[1]

Ainsi, nous avons étudié l'anesthésie locorégionale en détaillant les divers types d'A.L.R. tout en insistant sur la réglementation et les risques en lien avec cette anesthésie. Maintenant, nous allons aborder l'anesthésie générale.

B. L'ANESTHESIE GENERALE

1. DEFINITION

Selon Kissin (Anesth Analg 1997), l'anesthésie générale est *« l'ensemble des moyens mis en œuvre pour : éviter les effets indésirables psychiques et somatiques du traumatisme chirurgical, créer les conditions favorables au geste chirurgical. »*[2]

[1] Xavier PAQUERON, Guide pratique d'anesthésie locorégionale : blocs plexiques et tronculaires de l'adulte, p3.
[2] François SZTARK, Introduction à l'anesthésie générale, p1.

L'anesthésie générale (A.G.) a pour but d'abolir la vigilance du patient ainsi que sa conscience. Ce sommeil artificiel est induit par les hypnotiques ou narcotiques. Le sommeil anesthésique impose une ventilation contrôlée rendue nécessaire par les fortes doses de morphiniques administrées.

Les objectifs de l'A.G. sont la perte de conscience, l'amnésie complète, l'analgésie, l'absence de réponse motrice ou végétative à la stimulation chirurgicale et le relâchement musculaire.

Ces objectifs sont réalisés grâce aux produits pharmacologiques tels que les anesthésiques (hypnotiques…) et morphiniques qui entrainent une perte de conscience et une absence de réponse aux stimulations ; ainsi que par les curares qui provoquent une myorelaxation.

Ainsi, nous avons donc constaté que l'anesthésie générale a des particularités. En suivant, nous étudierons la réglementation qui caractérise ce type d'anesthésie.

2. LES CONDITIONS REGLEMENTAIRES

2.1. LES LOIS

Selon le CODE DE LA SANTE PUBLIQUE *« 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 ; (…). 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. »*[1]

2.2. LES RECOMMANDATIONS

Selon l'Ordre National des Médecins : *« L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. L'I.A.D.E. aide le médecin anesthésiste-réanimateur dans sa tâche mais ne peut pas entreprendre seul une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie-réanimation. »*[2]

---

[1] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Les actes professionnels. Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1, article R.4311.12.
[2] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, p18.

De plus, d'après l'Ordre National des Médecins : *« Le médecin anesthésiste-réanimateur peut confier à l'I.A.D.E., temporairement, sous sa propre responsabilité, la surveillance d'un patient anesthésié, ne constituant pas un risque particulier, et à condition qu'il soit à tout moment immédiatement joignable et disponible à proximité de la salle d'opération. »*[1]

« L'anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté s'il le juge nécessaire par un autre médecin et/ou un I.A.D.E., en particulier en début et fin d'anesthésie, lors des moments délicats de l'intervention ou de complications, et d'une manière plus générale lors de toute intervention présentant un risque spécifique. Dans tous les cas, la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur auprès d'un I.A.D.E. est nécessaire. »[2] selon l'Ordre National des Médecins.

Aussi, selon la S.F.A.R. *« Toute anesthésie générale, (…) susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. (…). Le médecin anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être assisté, s'il le juge nécessaire, par un autre médecin et/ou un(e) infirmier(e) anesthésiste, en particulier en début et en fin d'anesthésie. »*[3]

Selon le S.N.I.A. *« L'anesthésie implique la présence continue auprès du patient de l'I.A.D.E. qui y participe. L'I.A.D.E. contrôle les réponses physiologiques et éventuellement psychologiques, interprète et utilise les données obtenues par les systèmes de surveillance invasifs et non invasifs. Il opère les corrections pour maintenir ou améliorer l'état psychologique du patient. »*[4]

L'ensemble de ces recommandations imposent un monitorage spécifique et réglementaire.

2.3. LE MONITORAGE

Le monitorage minimal et réglementaire concerne l'éléctrocardioscope, l'oxymétrie de pouls, la pression artérielle non invasive, la capnographie ainsi qu'un monitorage de la curarisation s'il y a lieu.

Ces dispositifs de surveillance peuvent être complétés en fonction du terrain du patient ou de la chirurgie.

Le monitorage de l'effet hypnotique sera l'index bispectral, ce qui sert à adapter les posologies pour éviter les surdosages ou les phénomènes de mémorisation si l'anesthésie est peu profonde.

---

[1] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, p18.
[2] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, op.cit
[3] S.F.A.R., Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie, janvier 1994.
[4] S.N.I.A., Recommandations pour l'exercice de la profession I.A.D.E. p27.

La température sera mesurée et des techniques de réchauffement ou de refroidissement seront instaurées.

La surveillance clinique est également importante notamment au niveau de l'oxygénation et des points d'appui cutané. [1]

Ainsi, nous avons constaté que l'anesthésie générale nécessite des précautions et une surveillance réglementaires dans le but d'éviter les risques et complications liés à ce type d'anesthésie.

3. LES RISQUES ANESTHESIQUES

Les risques dépendent de l'état du patient, le risque est corrélé à la classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) et à l'âge. Les risques sont aussi en lien avec le type d'intervention : risque majoré en urgence, en chirurgie majeure et en fonction de la durée de l'intervention.

A.S.A.1 : patient normal en bonne santé
A.S.A.2 : patient atteint d'une affection systémique légère
A.S.A.3 : patient atteint d'une affection systémique grave qui limite son activité sans entraîner d'incapacité
A.S.A.4 : patient atteint d'une affection systémique invalidante et mettant constamment sa vie en danger
A.S.A 5 : patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24h avec ou sans intervention chirurgicale.

De plus, les risques lors d'une A.G. concernent la mémorisation peropératoire, l'intubation difficile, les traumatismes dentaires, l'allergie et le choc anaphylactique et l'hyperthermie maligne. Mais il y a aussi le risque d'inhalation, de nausées et vomissements post opératoires, les compressions nerveuses et l'hypothermie.

D'autres maladies rares comme les porphyries et le déficit en pseudocholinéstérases peuvent engendrer des complications spécifiques.[2]

Ainsi, nous avons abordé les particularités de l'anesthésie générale. Désormais, nous allons nous intéresser aux compétences de l'I.A.D.E.

[1] S.F.A.R. Recommandations concernant la surveillance du patient en cours d'anesthésie, janvier 1994.
[2] H.BOBY, C.DUBRAY, P.SCOEFFER, Anesthésie locale, locorégionale et générale, La revue du praticien, p403..

C. LES COMPETENCES DE L'INFIRMIER (RE) ANESTHESISTE

1. DEFINITION DE LA COMPETENCE

Selon Elizabeth DUGUE *« la notion de compétence renvoie à un mélange de savoir et de comportement qui donne une place prépondérante aux savoir-être et à l'investissement psychologique. »*[1]

La compétence correspond à un apprentissage et à une maîtrise de la technique.

C'est également synonyme *« d'intelligence pratique »* ou de *« savoir en action. »*

D'après Philippe ZARIFIAN, la compétence est *: « une prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté ; une faculté à mobiliser un réseau d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité. »*[2]

Pour Guy Le Boterf la compétence est *« une combinatoire où chaque élément se modifie en fonction des caractéristiques de ceux auxquels il s'associe. »* C'est également *« un processus, un lien reliant une combinaison de ressources, une action, une contribution à un résultat. »*[3]

Selon le S.N.I.A. *« l'infirmier anesthésiste diplômé d'état a un niveau de compétences professionnelles clinique, technique et de soins spécifiques dans les domaines de l'anesthésie. »*[4]

Ainsi nous avons constaté que le terme compétence englobe de nombreux paramètres. Par la suite nous aborderons les aspects réglementaires qui encadrent la profession d'I.A.D.E.

---

[1] Monique PENGAM., Corinne SLIWKA., Changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité, p39.
[2] Monique PENGAM., Corinne SLIWKA., op cit., p44.
[3] Guy LE BOTERF., Construire les compétences individuelles et collectives, p56.
[4] S.N.I.A., Recommandations pour l'exercice de la profession I.A.D.E. p2.

2. LES CONDITIONS REGLEMENTAIRES

2.1. LES LOIS

Selon le CODE DE LA SANTE PUBLIQUE *« 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 le 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. »*[1]

2.2. LES RECOMMANDATIONS

Selon la S.F.A.R. *« L'I.A.D.E. travaille en équipe avec le médecin anesthésite-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'I.A.D.E. peut, en présence du médecin anesthésiste-réanimateur, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou 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'I.A.D.E. 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. »[2]

---

[1] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Les actes professionnels. Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1, article R.4311.12.
[2] S.F.A.R., Recommandations concernant le rôle de l'I.A.D.E., janvier 1995.

3. LA FORMATION

Lors de sa formation l'étudiant(e) infirmier(re) anesthésiste (E.I.A.) reçoit des apports théoriques concernant l'A.L.R. et l'anesthésie générale. Cela concerne les différentes techniques d'A.L.R. les principes, l'entretien, la surveillance et la récupération. Des notions pharmacologiques sont enseignées sur les anesthésiques locaux, les incidents et accidents qui peuvent survenir. Des spécificités pharmacologiques sont aussi traitées pour l'A.G. (hypnotiques, morphiniques, curares…). Tout comme les particularités des prises en charge (pré, per et postopératoires) des patients selon leur terrain pathologique (A.S.A.) et de la chirurgie. Les notions de risques anesthésiques selon les techniques anesthésiques sont abordées et les moyens de prévention et de surveillance sont connus.

La formation des infirmiers anesthésistes a pour but d'acquérir des connaissances théoriques et cliniques afin de développer les aptitudes, les capacités et les valeurs professionnelles nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Cette formation est à temps plein, dure 24 mois et inclut 700h d'enseignements théoriques, pratiques et dirigés.[1]

En fin de formation l'E.I.A. doit être capable de participer avec le M.A.R. aux techniques d'anesthésie générale et d'anesthésie locorégionale.

Selon le S.N.I.A. *« De par ses connaissances acquises en formation initiale et continue, l'infirmier anesthésiste analyse, gère et évalue les situations dans son domaine de compétence, afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. »*[2]

Donc, nous avons constaté que par sa formation et son expertise, l'I.A.D.E. est compétent pour prendre en charge un patient pour une anesthésie générale aussi bien que pour une anesthésie locorégionale. Par la suite, nous analyserons les informations recueillies sur les terrains où se pratiquent des interventions sous A.G. et sous A.L.R.

[1] I.R.F.I.A.-CHU BX- Livret pédagogique 2010-2011.
[2] S.N.I.A., Recommandations pour l'exercice de la profession I.A.D.E. p2.

III. ANALYSE

A. RECHERCHE COMPLEMENTAIRE SOUS LA FORME D'UN QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

1. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

L'objectif de ce questionnaire est de constater la réalité des pratiques professionnelles des I.A.D.E. lors d'anesthésies générales et d'anesthésies locorégionales dans des structures où se pratique ce type d'anesthésie, pour la confronter aux situations observées. (cf. partie I : exposé du sujet)

La population enquêtée concernera uniquement les I.A.D.E.

Les spécialités chirurgicales où ont été diffusés les questionnaires sont des blocs opératoires de chirurgie orthopédique, urologique, ambulatoire, maternité, gynécologie, plastique et d'urgences. La chirurgie pédiatrique a volontairement été exclue du fait de ses particularités. (L'anesthésie générale est systématique en pédiatrie, l'A.L.R. est mise en place en suivant dans un but d'analgésie per et postopératoire.)

Les structures hospitalières ayant participé au questionnaire sont des centres hospitaliers publics.

Les consignes sont de compléter le questionnaire en cochant la ou les cases correspondantes les plus adaptées aux opinions, vécus et ressentis des I.A.D.E. tout en garantissant un anonymat des personnes et des sites enquêtés.

Ainsi, nous avons présenté le questionnaire d'enquête. En suivant, nous discuterons des difficultés rencontrées lors de la diffusion du questionnaire.

2. LES DIFFICULTES LORS DE LA DIFFUSION

La diffusion du questionnaire n'a pas été aisée. Certaines questions ont dérangé les professionnels (I.A.D.E. et cadre I.A.D.E.) du fait du thème choisi en lien avec l'analyse des pratiques professionnelles et du fait de l'aspect réglementaire de la présence en salle d'intervention lors d'une A.L.R. de l'I.A.D.E.

Ce questionnaire a troublé les professionnels en remettant en question leur pratique quotidienne. Cela les a vraisemblablement amenés à faire un bilan de leur

propre fonctionnement. Les I.A.D.E. ont pu se poser la question de savoir si l'exercice de leur compétence reste dans le cadre réglementaire ou non est adaptée ou non. Enfin, cela a ouvert d'autres problématiques en lien avec leur pratique à travers des difficultés d'organisation ou de matériel.

Aussi, certains I.A.D.E. ont eu peur du jugement malgré la garantie de l'anonymat ce qui a peut être modifié les résultats.

Après avoir établi les difficultés rencontrées lors de la diffusion du questionnaire, nous allons expliquer les résultats recueillis.

3. RESTITUTION DES RESULTATS

3.1. LE NOMBRE DE QUESTIONNAIRES DIFFUSES ET REMPLIS

Le nombre total de questionnaires est de 65, au total 50 ont été remplis soit 77%.

Un fait surprenant, sur un site où se pratique beaucoup d'A.L.R. seulement trois questionnaires ont été remplis. Est-ce un problème de communication lors de la diffusion, une incompréhension ou un manque de temps ?

3.2. LES RESULTATS PAR QUESTION

Les premières questions : de 1 à 3 renseignent des données épidémiologiques.

Ainsi, nous constatons que 28% des I.A.D.E. interrogés sont des hommes et 72% des femmes.

Au niveau des catégories d'âge, nous avons une majorité d'I.A.D.E. qui a entre 31 et 50 ans. Il y a une minorité de jeunes professionnels, seulement 2%. Et 22% des I.A.D.E. sont des professionnels en fin de carrière (plus de 50 ans).

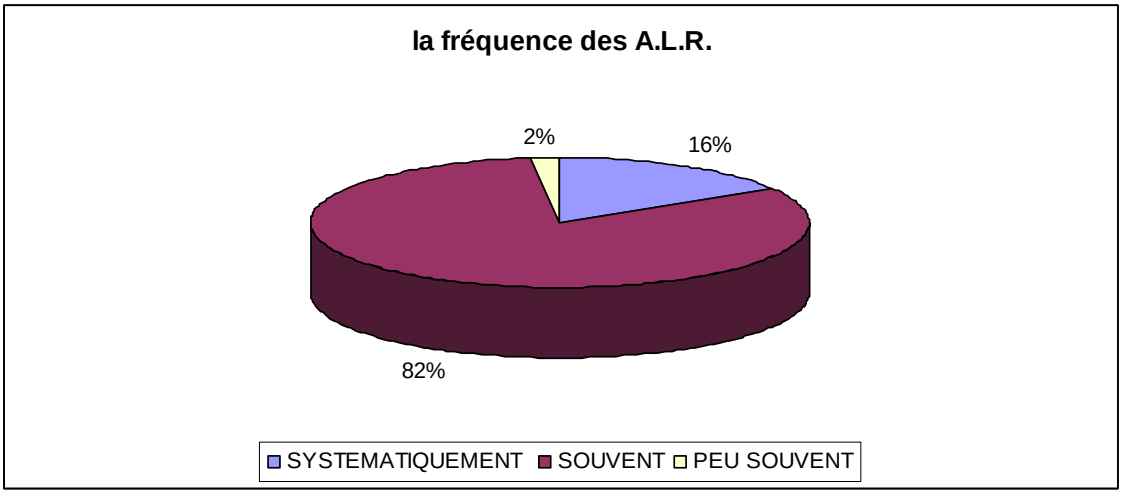
20 - 30 ANS	31 - 40 ANS	41 - 50 ANS	PLUS 50 ANS
2%	38%	38%	22%

Par la suite, nous nous intéressons à l'ancienneté du diplôme d'état des professionnels consultés (question 3). Nous remarquons que 34% des I.A.D.E. ont entre 10 à 20 ans d'expérience professionnelle en tant qu'I.A.D.E.

0- 2ANS	2-5 ANS	5-10 ANS	10-20ANS	PLUS 20 ANS
12%	12%	30%	34%	12%

Les questions suivantes traitent plus spécifiquement de l'A.L.R.
Nous constatons que le type d'A.L.R. majoritairement pratiqué concerne les anesthésies périphériques 74% contre 26% pour les anesthésies médullaires. Ces résultats sont peut être à mettre en lien avec les diverses chirurgies pratiquées selon les sites d'enquête.

Les réponses apportées à la question concernant la fréquence de l'A.L.R. mettent clairement en avant que c'est une technique souvent pratiquée avec 82% des résultats. Cela montre que c'est une technique connue et fréquemment proposée aux patients et donc que les I.A.D.E. maîtrisent les spécificités de ce type d'anesthésie (surveillance, complications, prise en charge du patient conscient….).



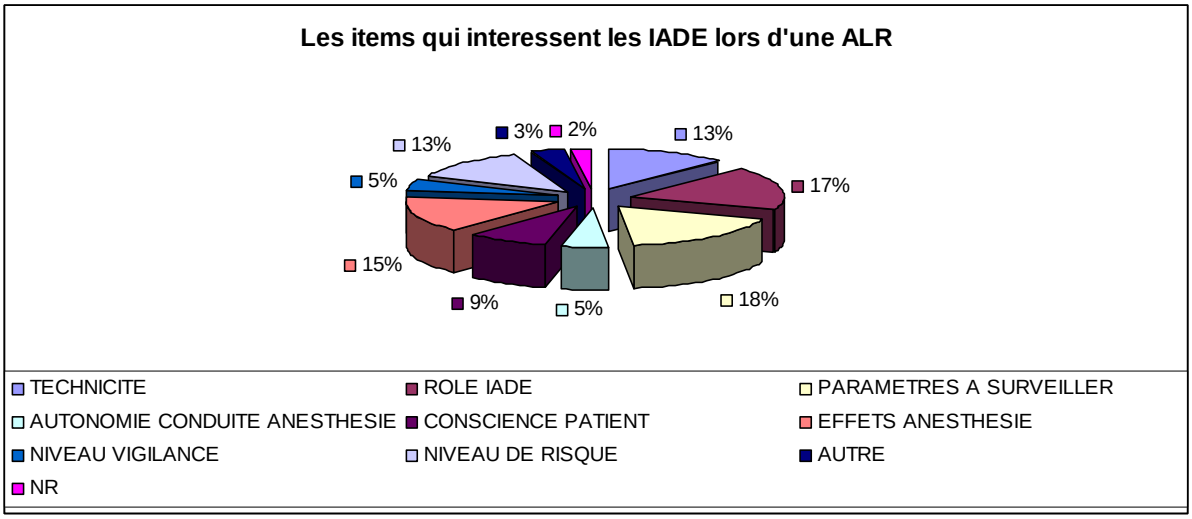
Les interrogations suivantes (question 6) évoquent la proportion du temps de l'intervention que les I.A.D.E. passent en salle auprès du patient lors d'une A.L.R. : 88% des professionnels demeurent 100% du temps de l'intervention auprès du patient et 12% y restent 75%. Tandis que 100% des I.A.D.E. interrogés pour la même question mais lors d'une A.G. (question 7) répondent tous qu'ils restent 100% du temps de l'intervention auprès du patient. Pourquoi y-a-t-il une différence de

proportion de temps passé en salle d'intervention prés du patient entre une A.G. et une A.L.R. ? Cela, nous essaierons de le comprendre au cours de l'analyse.

La question suivante concerne les items qui intéressent les I.A.D.E. lors d'une A.L.R. Nous remarquons que 18% d'entre eux notent un intérêt pour les paramètres à surveiller et 17% pour le rôle de l'I.A.D.E. D'autres, 15% sont attachés à la surveillance des effets des agents anesthésiques. La technicité nécessaire à l'application du protocole ainsi que le niveau de risque lié à l'anesthésie représentent chacun 13%. Seulement 9% des I.A.D.E. trouvent intéressant que le patient soit conscient. L'autonomie de la conduite de l'anesthésie lors de l'intervention et le niveau de vigilance réclamé par le patient sont des items qui représentent une minorité de la curiosité des I.A.D.E.

Aussi, certains professionnels ont répondu « autre » à cette question et d'autres n'ont pas répondu. Parmi ceux ayant coché « autre », nous notons, ce qui intéresse aussi les I.A.D.E. lors d'une A.L.R. : l'analgésie postopératoire, le confort du patient, l'accueil du patient en préopératoire pour orienter la technique d'anesthésie, le respect du choix du patient et enfin la gestion du stress et de l'angoisse du patient (avec plus ou moins une sédation ajoutée).

Donc, nous avons remarqué que les intérêts dominants pour cette question sont plus centrés sur la surveillance anesthésique et la technicité. Pourtant quelques I.A.D.E. s'attachent aussi à l'aspect relationnel et empathique (patient conscient). Nous essaierons de comprendre l'origine de cette disparité des choix en analysant des données croisées ultérieurement.

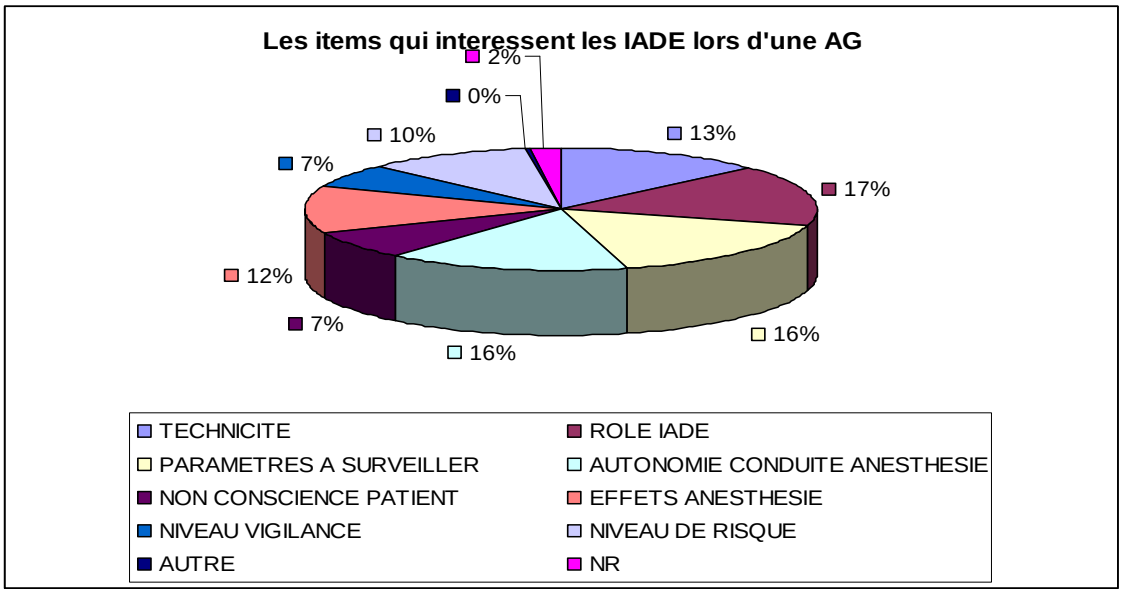


(NR : non répondu)

Désormais, nous allons analyser cette même question mais lors d'une anesthésie générale.

Pour cette interrogation nous remarquons que 17% des I.A.D.E. ont répondu que le rôle de l'I.A.D.E. lors de l'A.G. est quelque chose d'essentiel. Aussi, 16% des professionnels s'intéressent à l'autonomie de la conduite de l'anesthésie lors de l'intervention et 16% trouvent important de surveiller les paramètres. De plus, nous notons que 12 à 13% des I.A.D.E. pensent que la technicité nécessaire à l'application du protocole, la surveillance des effets des agents anesthésiques lors de l'intervention et le niveau de risque lié à l'anesthésie sont des éléments décisifs dans leur prise en charge du patient. Une minorité des I.A.D.E. marquent un intérêt au fait que le patient ne soit pas conscient et à l'exigence du niveau de vigilance réclamé par l'anesthésie.

Ainsi, nous pouvons constater des divergences dans les motivations des I.A.D.E. en fonction du type d'anesthésie. En effet les intérêts des I.A.D.E. lors d'une A.L.R. concernent surtout le rôle de l'I.A.D.E. quand à la surveillance de l'anesthésie, la détection des risques liés à cette anesthésie et le côté technique utile à l'application du protocole. Pour une A.G. C'est surtout l'autonomie de la conduite de l'anesthésie qui prime ainsi que l'aspect technique. Les I.A.D.E. ont-ils plus d'autonomie dans la conduite de l'A.G. ? Ont-ils un rôle moins dynamique et attrayant lors de l'A.L.R. ? Nous tenterons d'éclaircir ces interrogations au fil de l'analyse.



(NR : non répondu)

Par la suite, nous comparerons la qualification que donnent les I.A.D.E. à leur présence en salle d'intervention auprès d'un patient sous A.L.R. et A.G.

A travers les résultats mis en parallèle sur les réponses entre A.L.R. et A.G., nous constatons quelques similitudes et différences de réponse.

En effet, la notion de présence sécuritaire atteint le taux maximal des réponses aussi bien lors de l'A.G. avec 20% que lors de l'A.L.R. avec 18%, ce qui montre que la sécurité est une donnée primordiale pour les I.A.D.E. pour tout type d'anesthésie.

Aussi, nous remarquons des variations dans les réponses du fait de la conscience du patient lors de l'A.L.R. Effectivement, 16% des I.A.D.E. considèrent leur présence rassurante lors d'une A.L.R. contre 8% lors d'une A.G., 16% des professionnels qualifient leur présence comme relationnelle lors d'une A.L.R. et 8% lors d'une A.G. De même, 10% des I.A.D.E. définissent leur présence en salle d'intervention comme anxiolytique lors d'une A.L.R. contre 4% lors d'une A.G.

L'aspect réglementaire est à peu prés équivalent entre A.L.R. (avec 13%) et l'A.G. avec 16%, tout comme la notion de présence obligatoire qui est de 3% lors de l'A.L.R. et de 4% lors de l'A.G.

Cependant, nous constatons des variations entre une présence active et technique lors de l'A.G. avec 14% et 19% contre 8% et 7% lors de l'A.L.R.

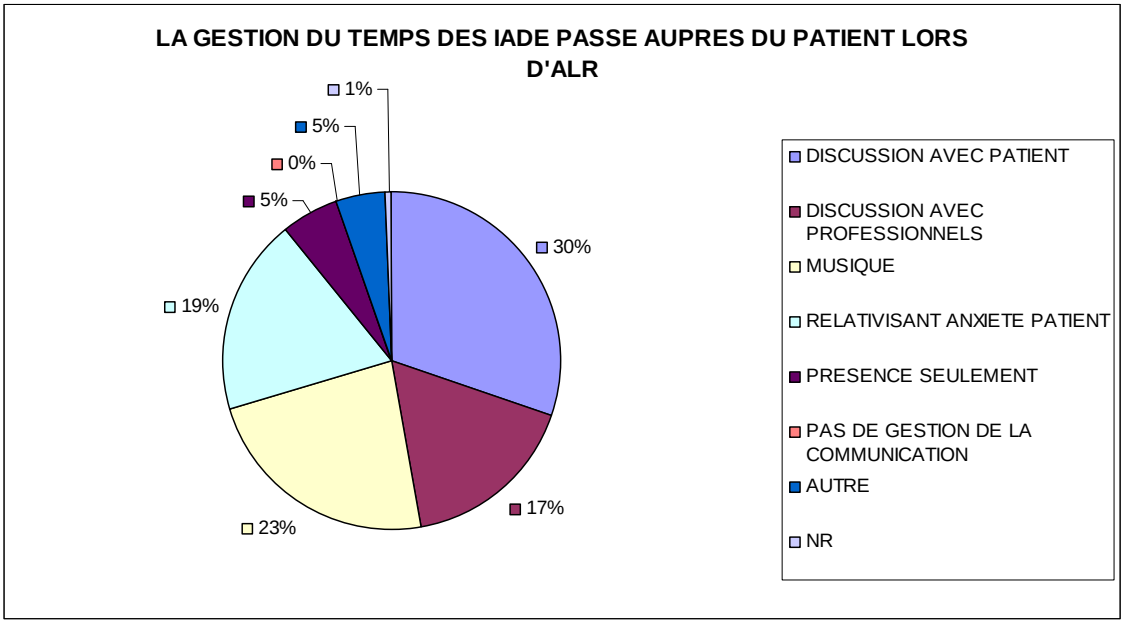
Certains I.A.D.E. ont complété leur réponse en précisant que la qualification de leur présence en salle d'intervention dépendait de l'état du patient aussi bien pour une A.G. que lors d'une A.L.R. D'autres ont ajouté que leur présence était empathique, relationnelle et rassurante lors de l'accueil du patient et lors de l'induction lors d'une A.G.

Ainsi, nous remarquons des différences au niveau de l'aspect technique et dynamique lors de l'A.G. qui qualifient la présence des I.A.D.E. en salle contrairement à l'A.L.R. où la présence des I.A.D.E. est plutôt rassurante, relationnelle et anxiolytique. Aussi, il est à noter que les notions de sécurité et de réglementation restent prioritaires lors de la présence des I.A.D.E. en salle d'intervention et ce quel que soit le type d'anesthésie.

LA QUALIFICATION DE LA PRESENCE DES IADE LORS D ALR	
EMPATHIQUE	5%
RELATIONNELLE	16%
COMPLAISANTE	2%
REGLEMENTAIRE	13%
TECHNIQUE	7%
SECURITAIRE	18%
RASSURANTE	16%
ANXIOLYTIQUE	10%
ACTIVE	8%
OBLIGEE	3%
PASSIVE	1%
AUTRE	0,50%
NR	0,50%

LA QUALIFICATION DE LA PRESENCE DES IADE LORS D AG	
EMPATHIQUE	3%
RELATIONNELLE	8%
COMPLAISANTE	1%
REGLEMENTAIRE	16%
TECHNIQUE	19%
SECURITAIRE	20%
RASSURANTE	8%
ANXIOLYTIQUE	4%
ACTIVE	14%
OBLIGEE	4%
PASSIVE	1%
AUTRE	1%
NR	0,50%

En suivant, nous étudierons comment les I.A.D.E. gèrent le temps passé auprès d'un patient lors d'une A.L.R.



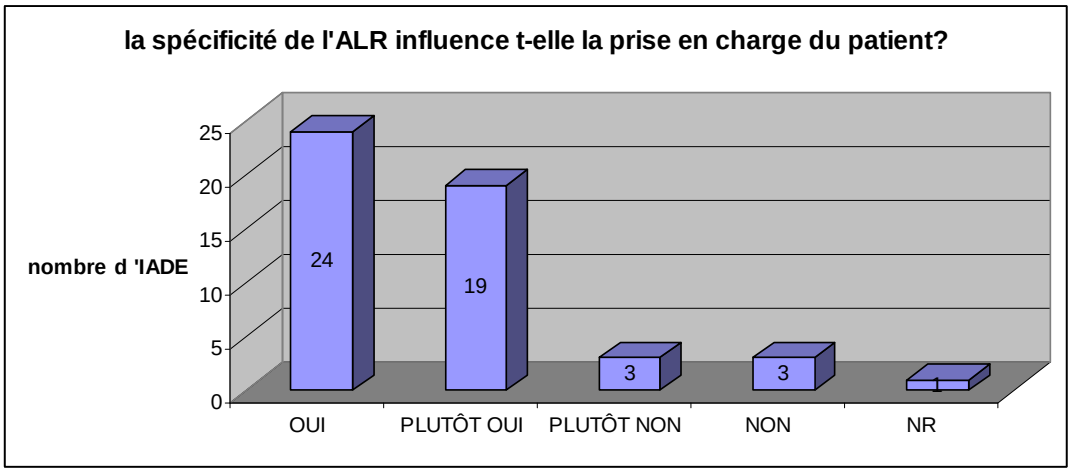
(NR : non répondu)

Nous constatons qu'une grande partie des I.A.D.E. gère le temps passé auprès des patients durant une A.L.R. en discutant avec le patient (30%), ou en lui proposant d'écouter de la musique (23%) ou encore en relativisant l'anxiété du patient (19%). Certains I.A.D.E. (17%) discutent avec les autres professionnels présents durant l'intervention. D'autres I.A.D.E. occupent leur temps pendant l'intervention : pour 5% d'entre eux par leur présence uniquement et pour 5% par

autre chose. Nous remarquons que 100% des I.A.D.E. considèrent qu'ils gèrent la communication avec le patient.

Quelques professionnels ont précisé que durant la période per opératoire lors d'une A.L.R. la gestion du confort est importante du début à la fin. D'autres ont souligné la nécessité de concentrer le patient sur autre chose que la chirurgie, tout en lui expliquant les différents temps de l'anesthésie et de la chirurgie au préalable. Aussi, certains I.A.D.E. insistent sur le fait de ne pas s'imposer auprès du patient. Enfin, les professionnels surveillent les effets de l'A.L.R. et ses complications.

Ainsi, nous avons étudié la gestion du temps passé auprès des patients par les I.A.D.E. pendant une A.L.R. Par la suite, nous allons voir si la spécificité de l'A.L.R. (patient conscient) influence la prise en charge par l'I.A.D.E. du patient en per opératoire.



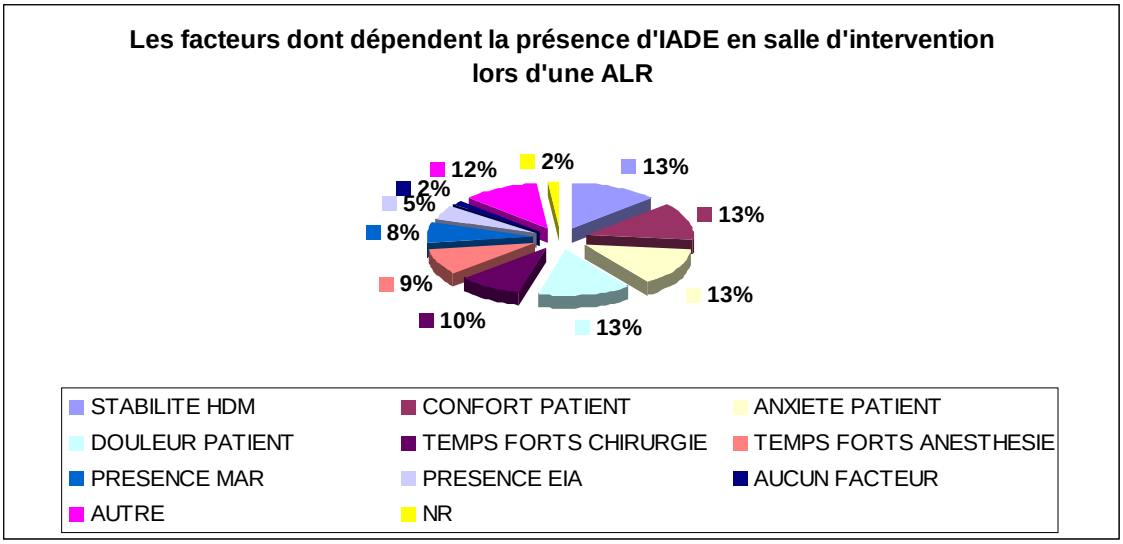
(NR : non répondu)

A travers ce graphique, nous constatons que 24 des 50 I.A.D.E. interrogés considèrent que l'A.L.R. influence leur prise en charge du patient. Dix-neuf professionnels pensent que l'A.L.R. modifie un peu leur prise en charge du patient. D'autres I.A.D.E. estiment que ce type d'anesthésie ne change pas leur prise en charge du patient (3 plutôt non et 3 non). Un I.A.D.E. n'a pas répondu. A cette question, certains professionnels ont précisé en quoi l'A.L.R. modifie leur prise en charge du patient.

Les données qui reviennent sont : la vérification de l'efficacité de l'A.L.R., le risque à distance de la diffusion des anesthésiques locaux avec une altération de la

conscience, le relationnel avec le patient, l'obligation d'être en salle d'intervention et la conscience du patient qui demande une grande prudence à l'expression orale. D'autres I.A.D.E. insistent sur le fait que le patient soit conscient ou non, une surveillance est nécessaire et nécessite le même niveau d'exigence, que le type d'anesthésie n'influence pas la prise en charge du patient. Certains professionnels notent qu'il y a moins de paramètres à surveiller que lors d'une A.G. et que le travail n'est pas le même. Il y a plus de communication : la priorité est au relationnel et à une présence rassurante. Les critères de sécurité sont les mêmes que lors d'une A.G. Enfin, quelques I.A.D.E. écrivent que leur prise en charge du patient est aussi importante lors d'une A.G. que lors d'une A.L.R. mais plus complexe du fait que le patient soit conscient et entende tout.

Ainsi, nous avons constaté que dans l'ensemble les I.A.D.E. pensent que l'A.L.R. modifie leur prise en charge du patient du fait qu'il soit conscient et demande une attention particulière au niveau de la communication, mais les paramètres de sécurité sont identiques a ceux d'une A.G. En suivant, nous étudierons les paramètres qui imposent la présence des I.A.D.E. en salle d'intervention auprès du patient lors d'une A.G. et lors d'une A.L.R.



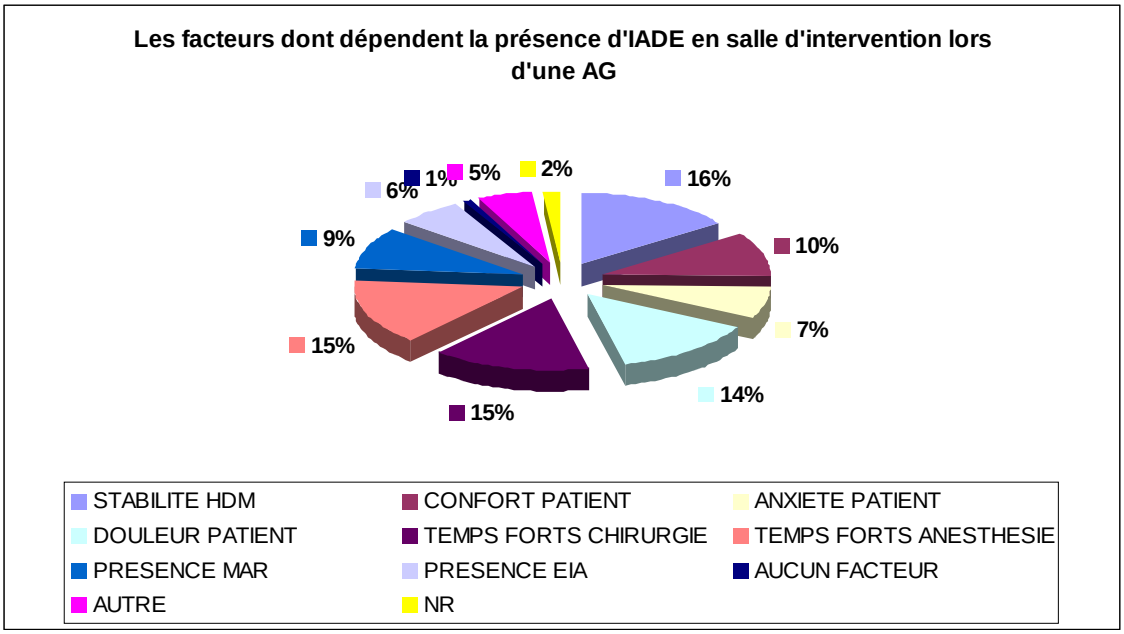
(NR : non répondu)

Nous remarquons que la présence des I.A.D.E. en salle d'intervention durant une A.L.R. dépend pour 13% des professionnels interrogés du niveau de stabilité hémodynamique du patient, du niveau de confort du patient, du niveau d'anxiété du patient et du niveau de douleur du patient. Certains I.A.D.E. :12% ont précisé que

d'autres facteurs rentraient en compte pour leur présence auprès du patient durant une A.L.R. en per opératoire. Il s'agit d'une présence liée à la demande du chirurgien ou si le patient est sous garrot pneumatique ou encore spécifique lors d'une césarienne. Nous notons également que les temps forts chirurgicaux (10%) et les temps forts d'anesthésie (9%) sont des éléments importants pour justifier la présence de l'I.A.D.E. en salle d'intervention lors d'une A.L.R. Nous observons aussi que la présence du M.A.R. (8%) ou celle d'un étudiant infirmier en anesthésie (E.I.A.) (5%) autorise l'I.A.D.E. à sortir de la salle d'intervention lors d'une A.L.R. Certains I.A.D.E. ont répondu qu'aucun facteur (2%) ne leur permettait de ne pas être en salle d'intervention auprès du patient durant une A.L.R. et 2% des professionnels interrogés n'ont pas répondu.

Quelques I.A.D.E. ont spécifié que cette question n'avait pas lieu d'être car la présence de l'I.A.D.E. est obligatoire en salle d'intervention lors d'une A.L.R.

Maintenant, nous allons étudier les facteurs dont dépend la présence des I.A.D.E. en salle d'intervention lors d'une A.G.



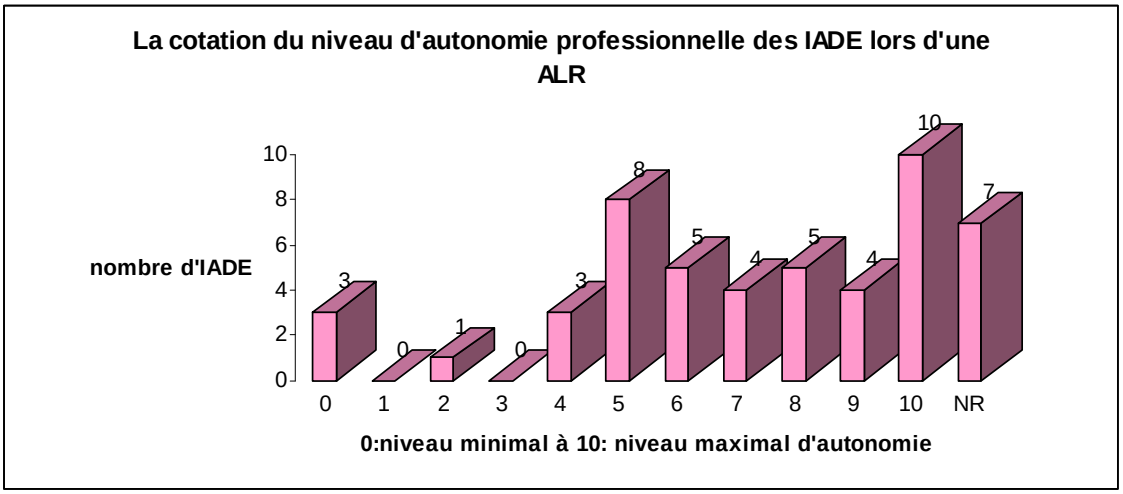
(NR : non répondu)

Nous remarquons que le niveau de stabilité hémodynamique du patient (16%), les temps forts de la chirurgie (15%), les temps forts de l'anesthésie (15%) et le niveau de douleur du patient (14%) sont des facteurs décisifs pour justifier la présence des I.A.D.E. en salle d'intervention lors d'une A.G. De même, le niveau de

confort du patient (10%), la présence effective du M.A.R.(9%) le niveau d'anxiété du patient (7%) et la présence d'un étudiant infirmier anesthésiste (6%) sont des éléments importants lors de la présence effective de l'I.A.D.E. 5% des I.A.D.E. ont répondu que d'autres facteurs justifient leur présence en salle d'intervention lors d'une A.G., 2% n'ont pas répondu et 1% ont écrit qu'aucun des items cités ne modifiaient leur présence en salle d'intervention lors d'une A.G. Certains I.A.D.E. ont ajouté que la présence des I.A.D.E. lors d'une A.G. est obligatoire.

Dans l'ensemble, nous remarquons que les facteurs justifiant la présence des I.A.D.E. en salle d'intervention quelle que soit l'anesthésie sont le niveau de stabilité hémodynamique du patient, les temps forts de la chirurgie et de l'anesthésie et le niveau de douleur du patient. Nous remarquons une spécificité pour l'A.L.R. au niveau du confort du patient qui est un élément important pour argumenter la présence de l'I.A.D.E. en salle d'intervention. La présence du M.A.R. ou d'un étudiant infirmier anesthésiste modifie peu le choix de la présence de l'I.A.D.E. en salle d'intervention que ce soit lors d'une A.G. ou lors d'une A.L.R. L'aspect réglementaire et obligatoire de la présence de l'I.A.D.E. lors d'une A.G. ou d'une A.L.R. a bien été souligné.

Maintenant nous allons étudier la cotation des I.A.D.E. concernant le niveau d'autonomie professionnelle.



(NR : non répondu)

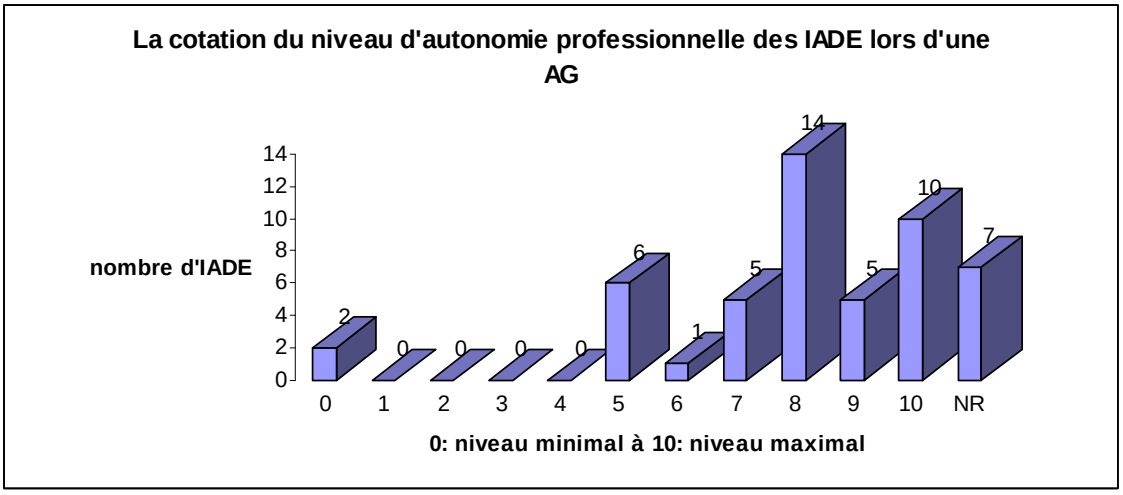
A travers ce graphique sur la cotation du niveau d'autonomie professionnelle des I.A.D.E. lors d'une A.L.R. nous remarquons que les I.A.D.E. semblent avoir un

niveau élevé d'autonomie professionnelle : entre une cotation de 7 à 10 nous notons 23 I.A.D.E. Aussi, nous constatons que certains professionnels ont coté leur autonomie professionnelle en dessous de 5 pour 7 d'entre eux et que pour 13 autres I.A.D.E. leur cotation se situe entre 5 et 6.

Cette même question abordée à propos de l'anesthésie générale montre une augmentation du seuil du niveau d'autonomie professionnelle. En effet, nous remarquons que 34 I.A.D.E. cotent leur autonomie professionnelle lors d'une A.G. entre 7 et 10, ce qui représente 68% des professionnels interrogés. Seulement deux I.A.D.E. considèrent que leur niveau d'autonomie est minimal lors d'une A.G. Sept autres professionnels ont répondu que leur niveau d'autonomie professionnel lors d'une anesthésie générale est entre 5 et 6.

Dans l'ensemble, nous pouvons affirmer que les I.A.D.E. pensent avoir plus d'autonomie professionnelle lors d'une A.G. que lors d'une A.L.R.

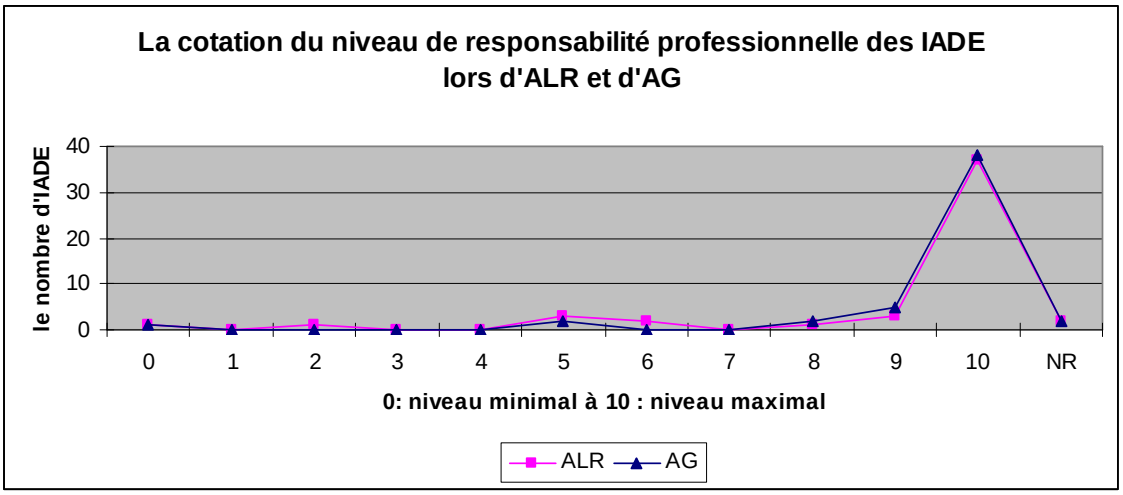
Nous observons que sept I.A.D.E. n'ont pas répondu à ces questions, ce qui représente 14%. Est-ce un problème de compréhension de la question, un oubli ou un manque de temps ?



(NR : non répondu)

Certains I.A.D.E. ont ajouté quelques éléments à cette question comme : la réglementation ne donne pas d'autonomie, les I.A.D.E. sont soumis à l'autorité du M.A.R., l'autonomie est celle du rôle propre infirmier, le niveau d'autonomie dépend de la pertinence des propositions de l'I.A.D.E. et de la confiance du M.A.R. Et enfin, l'I.A.D.E. peut travailler sous protocole d'anesthésie établi.

Maintenant, nous allons nous intéresser à la cotation du niveau de responsabilité professionnelle des I.A.D.E. lors d'A.L.R. et d'A.G.



(NR : non répondu)

A travers ce graphique, nous remarquons que les deux courbes A.L.R. et A.G. sont quasiment identiques et se chevauchent. Cela signifie que les I.A.D.E. considèrent que leur niveau de responsabilité professionnelle est le même que ce soit pour une A.L.R. ou une A.G.

A cette question, certains professionnels ont spécifié que la responsabilité professionnelle pouvait être partagée entre le M.A.R. et le chirurgien à travers la Check List H.A.S.

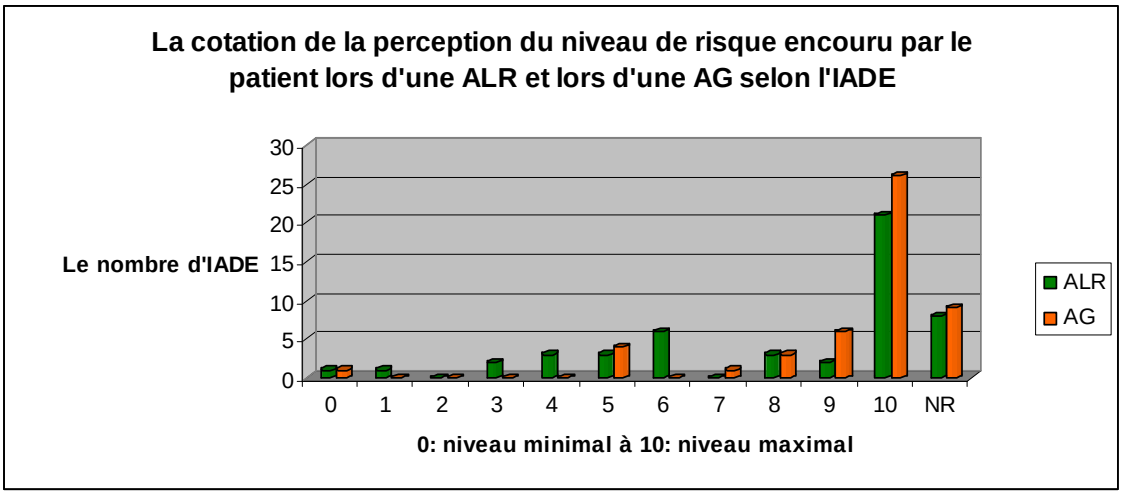
En suivant, nous étudierons la cotation de la perception du niveau de risque encouru par le patient lors d'une A.L.R. et lors d'une A.G. selon l'I.A.D.E.

En analysant ce graphique, nous constatons que les I.A.D.E. pensent que la perception du niveau de risque encouru par le patient est supérieure lors d'une anesthésie générale que lors d'une A.L.R.

Est-ce que les I.A.D.E. minimisent les risques lors d'une A.L.R. ? Aurait-il fallu spécifier les divers types d'A.L.R. pour détailler les risques encourus par le patient ?

Plusieurs professionnels ont argumenté leurs réponses. Certains I.A.D.E. ont spécifié que la perception du niveau de risque encouru par le patient dépendait du patient : antécédents, A.S.A., de la chirurgie et du type d'A.L.R. Quelques

professionnels ont répondu que la connaissance et la perception des risques encourus par le patient dépendent de la formation et de l'expérience des I.A.D.E.

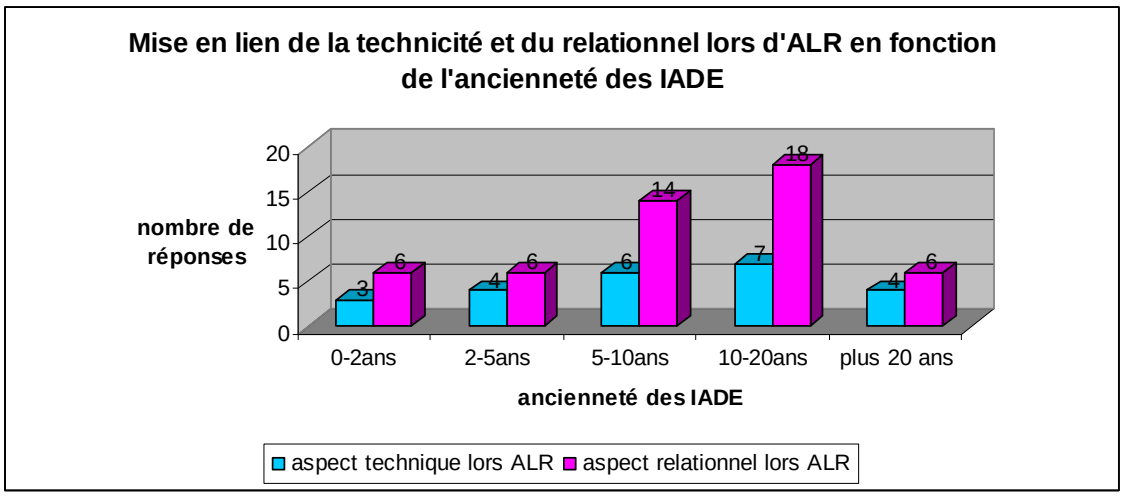


(NR : non répondu)

Ainsi, nous avons analysé chaque item du questionnaire spécifiquement pour remarquer les variations d'opinion concernant les pratiques, surveillances et ressentis des I.A.D.E. lors d'A.L.R. et lors d'A.G. Par la suite, nous allons essayer de regrouper plusieurs données pour faire une analyse plus spécifique.

3.3. L'ANALYSE GLOBALE

Tout au long de l'analyse, nous avons remarqué des particularités entre la prise en charge d'un patient sous A.G. ou sous A.L.R. Plus les I.A.D.E. ont de l'ancienneté dans leur métier et donc plus d'expériences, plus ils se détachent des aspects techniques de l'anesthésie.



A travers ce graphique, nous réalisons qu'entre cinq et vingt ans d'ancienneté les I.A.D.E. semblent trouver plus intéressant l'aspect relationnel lors d'une A.L.R. que l'aspect technique. Pourtant, au delà de vingt ans d'ancienneté, il semblerait que les I.A.D.E. retrouvent un attrait à la technique lors d'A.L.R. Cette situation peut s'expliquer par l'aspect novateur des techniques d'A.L.R. (appareil d'échographie) qui motivent les I.A.D.E. plus anciens dans la profession à s'investir davantage pour la technique.

Ils s'intéressent davantage au relationnel avec le patient et finalement s'investissent plus dans leur rôle propre infirmier. Les plus jeunes I.A.D.E. restent plus attirés pas les aspects techniques de l'anesthésie. Peut- être faut-il une certaine assurance et maîtrise technique pour pouvoir se détacher de ces aspects techniques et parvenir à être plus disponible pour le patient par la discussion ?

Il semblerait aussi que les I.A.D.E. qui pratiquent des A.L.R. quotidiennement (certains sites font beaucoup plus d'A.L.R. que d'A.G.) paraissent s'investir d'avantage auprès des patients par la discussion, la présence et la gestion de l'anxiété. Cela certainement par la maîtrise de techniques de communication adaptées pour le patient du fait de la fréquence de ce type d'anesthésie et donc par la connaissance et l'expérience.

Aussi, nous avons l'impression que la notion des risques lors d'A.L.R. n'est pas facile. Il aurait peut être fallu d'avantage préciser le type d'A.L.R. médullaire ou périphérique.

Les notions de sécurité et de réglementation sont des éléments décisifs lors de la prise en charge des patients quelle que soit l'anesthésie choisie et quelle que soit l'ancienneté de l'I.A.D.E

Nous constatons que la conscience du patient lors d'A.L.R. impose aux I.A.D.E. une vigilance dans la gestion de leur vocabulaire en per opératoire auprès du patient et aux autres professionnels présents. Les I.A.D.E. semblent être moins autonomes et libres lors d'une A.L.R. Cela peut être du au fait que le patient entend tout et voit une partie de ce qui se déroule en salle d'intervention ?

Nous allons maintenant essayer de mettre en lien les situations observées avec les résultats du questionnaire obtenus pour établir des hypothèses, des propositions et des limites dans le cadre d'un positionnement professionnel en tant qu'I.A.D.E.

B. POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL EN TANT QU'INFIRMIERE ANESTHESISTE

A travers ce travail, je me suis rendue compte que malgré une formation commune des I.A.D.E. avec des enseignements théoriques et pratiques sur les différents terrains de stage ; les I.A.D.E. n'ont pas une prise en charge unique du patient lors d'une A.L.R. en peropératoire.

J'ai remarqué des variations en fonction de l'expérience technique maitrisée qui permet plus facilement un détachement des soins actifs pour une prise en charge davantage empathique et relationnelle du patient.

Je pense que la connaissance des produits pharmacologiques leurs effets et leurs complications permettent aux I.A.D.E. une anticipation et une bonne gestion des risques anesthésiques en peropératoire pour un patient sous A.L.R.

Il me semble que l'A.L.R. est pour l'I.A.D.E. moins valorisante dans le sens ou il a une participation moindre dans les actes de soins que lors d'une A.G. L'I.A.D.E. lors d'une A.L.R. est amené à dialoguer avec le patient pour diverses raisons (tolérance des produits, confort et pour diminuer l'anxiété du patient). Pourtant, lors des situations observées c'était à ces moments là que les I.A.D.E. s'éloignaient du patient. Le manque de communication avec le patient est-il lié à un refus du retour du rôle propre infirmier avec une défense du statut d'I.A.D.E. (deux ans de formation supplémentaire) ? Est-ce lié à un défaut de formation spécifique concernant la communication auprès du patient conscient lors d'A.L.R. ?

Pour ma part, je pense que pour pouvoir se déconnecter de la technicité il faut du temps et de l'expérience au delà de la formation d'I.A.D.E. de deux ans. Cependant, les informations recueillies à diverses occasions sur l'hypnose me laissent penser que cela pourrait être un complément intéressant pour la prise en charge du patient lors d'A.L.R. En effet, l'hypnose permet de gérer l'environnement, le confort et la sécurité du patient. L'hypnose conversationnelle offre à travers une discussion soutenue entre le patient et l'I.A.D.E. (ou M.A.R.) un éloignement pour le patient du geste qui l'angoisse, une suggestion de bien être et une relation de confiance.[1] De plus, cette

[1] L'I.A.D.E. au cœur de l'A.L.R. 12 mai 2012, Arcachon.

formation sur l'hypnose peut être une autre forme de valorisation du travail de l'I.A.D.E. en dehors de la technique mais plutôt centrée sur la communication et la psychologie. Peut être que ce type d'enseignement sera intégré à la nouvelle formation des I.A.D.E. avec le M.A.S.T.E.R. ?

Après avoir établi notre positionnement professionnel sur ce sujet, nous allons conclure ce travail.

CONCLUSION

Lors de la première partie de ce mémoire, nous avons expliqué le choix du sujet de ce travail d'intérêt professionnel à savoir l'I.A.D.E. et l'A.L.R. en peropératoire. Ce sujet a été étayé par l'exposé de plusieurs situations professionnelles observées lors de la formation d'I.A.D.E. sur des terrains de stage différents. Suite à la réflexion sur ces situations, nous avons posé la question suivante : en quoi la connaissance des risques anesthésiques par l'I.A.D.E. modifie-t-elle sa surveillance du patient lors d'une A.L.R. en peropératoire ?

La deuxième partie est quant à elle consacrée essentiellement à l'aspect théorique des éléments du sujet. En effet, nous avons défini les différents types d'anesthésies en précisant leurs particularités, leurs effets, leurs risques et leurs complications. De plus, les conditions réglementaires ont été spécifiées pour l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale ainsi que pour l'exercice des compétences de l'I.A.D.E.

Ensuite, nous avons analysé les données recueillies suite à la diffusion d'un questionnaire auprès d'I.A.D.E. sur divers lieux où se pratiquent l'A.G. et l'A.L.R. Nous avons rencontré quelques difficultés lors de la diffusion de ce questionnaire. Mais, nous avons tout de même recueilli cinquante questionnaires remplis pour soixante cinq distribués.

L'analyse a mis en avant de nombreux éléments. En effet, nous avons réalisé que l'A.L.R. est une technique fréquemment pratiquée. Les I.A.D.E. restent pratiquement toujours auprès du patient lors d'A.L.R. cela, en fonction de l'hémodynamique du patient, des temps forts de l'anesthésie et de la chirurgie. Lors d'A.L.R., les I.A.D.E. s'intéressent à l'analgésie postopératoire, au confort du patient et à la gestion du stress du patient. Elles surveillent également l'efficacité et l'innocuité des A.L.R. Pour les I.A.D.E. lors d'A.L.R., la priorité est à la communication et au relationnel avec le patient.

L'analyse a également montré que les I.A.D.E. semblent plus autonomes dans la conduite de l'anesthésie lors d'A.G et que leur présence est davantage active et technique. Nous avons remarqué que quel que soit le type d'anesthésie, une présence sécuritaire est indispensable pour les I.A.D.E. Nous avons noté que les I.A.D.E. ont la

même responsabilité lors d'A.G. ou d'A.L.R. Quelques I.A.D.E. ont précisé que la perception des risques encourus par le patient dépendait du niveau de formation et d'expérience de l'I.A.D.E. L'ancienneté des I.A.D.E. dans l'exercice de leur profession leurs permet de se détacher de l'aspect technique des soins pour s'attacher davantage à l'aspect relationnel avec le patient et donc de s'investir dans leurs rôles propres infirmiers.

Le questionnaire diffusé a montré quelques biais. Il aurait peut être fallu détailler plus certaines questions en précisant le type d'A.L.R. pour évaluer les risques encourus par le patient. La spécificité A.S.A. pour les patients ainsi que le type de chirurgie aurait certainement aidé les I.A.D.E. à répondre aux questions. Certaines questions n'ont pas été comprises, répondues ou étaient identiques en fonction des sites. Est-ce un problème de précision, de compréhension ou l'effet de questionnaires répondus en groupe ? Certains questionnaires ont donné l'impression que les I.A.D.E. s'abritaient derrière les aspects réglementaires et montraient une certaine inquiétude vis-à-vis de ce qui pourrait se passer sur d'autres sites d'enquête. Est-ce que les questionnaires recueillis reflètent la réalité des pratiques professionnelles lors d'A.L.R. ? Est-ce que les situations observées au début du travail restent exceptionnelles ? L'ensemble de ces questions montrent les limites de ce travail.

Pour conclure, nous dirons que ce travail n'a pas laissé indifférents les I.A.D.E. et les a amenés à se poser des questions sur leurs pratiques quotidiennes. Ce travail d'intérêt professionnel a montré que les I.A.D.E. malgré un socle commun de connaissances et de pratiques en anesthésie, ont des prises en charge différentes. Lors d'A.L.R. la communication est essentielle avec le patient. Est-ce que les I.A.D.E. sont formés à la gestion de la communication avec le patient lors d'A.L.R. ? Est-ce qu'une formation sur l'hypnose conversationnelle permettrait aux I.A.D.E. de mieux appréhender la communication avec le patient lors d'A.L.R. ? Est-ce que cette connaissance rendrait l'A.L.R. plus dynamique et attractive pour l'I.A.D.E. en peropératoire ? Est-ce que des notions plus psychologiques pourraient être incluses dans la réforme de la formation des I.A.D.E. lors du M.A.S.T.E.R. ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BEAUSSIER M., NICCOLAÏ P., *Anesthésie et analgésie locorégionale en chirurgie abdominale et périnéale*, Rueil-Malmaison, Arnette, 2010, 281p.

COUSIN M. Th., FONTAINE B., GOUYET L., MANEGLIA R., PIPIEN I., *Petit précis d'anesthésie à l'usage des non anesthésistes*, Thoiry, Editions heures de France, 2001, 421p.

CLUB D'ANESTHESIE-REANIMATION OBSTETRICALE (sous l'égide de), *Protocoles en anesthésie et analgésie obstétricales*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2010, 155p.

GAETNER E., *Anesthésie en chirurgie orthopédique et traumatologique,* Rueil-Malmaison, Arnette, 2010, 673p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE*, Rapport sur la sécurité anesthésique*, Rennes, ENSP Editeur, 1994, 117p.

LAFAYE P.G., MULLER A., GAETNER E., *Anesthésie locorégionale et traitement de la douleur*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009, 676p.

LE BOTERF G., *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2010, 285p.

LEHOT J.J., CANNESSON M., *Nouveaux risques en anesthésie-réanimation*, Rueil-Malmaison, Arnette, 2009, 503p.

MOLLIEX S., *Le monitorage de l'opéré*, Paris, Masson, 2003, 334p.

PANDIN P., *Précis interactif d'anesthésie locorégionale*, Montpellier, SAURAMPS Médical, 2006, 315p.

PAQUERON X., *Guide pratique d'anesthésie locorégionale : blocs plexiques et tronculaires de l'adulte*, Rueil-Malmaison, Arnette, 2005, 116p.

PENGAM M., SLIWKA C., *Changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2006, 147p.

Articles

H.BOBY, C.DUBRAY, P.SCOEFFER, *Anesthésie locale, locorégionale et générale,* La revue du praticien, mars 2009, tome 61 n°3, p399-40 4.

A.RAME, *les différents types d'anesthésie,* Revue de l'infirmière, janvier-février 2007, n°127, p13-24.

Textes de Loi

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Les actes professionnels*. Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1, article R.4311.12.

Recommandations

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, décembre 2001, 20p.

S.F.A.R., *Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste,* janvier 1995.

S.F.A.R., *Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie,* janvier 1994.

S.N.I.A., *Recommandations pour l'exercice de la profession I.A.D.E.*, mai 2002.

Enseignements théoriques (école I.A.D.E. Bordeaux)

BEYLACQ L., *Anesthésies tronculaires et plexiques*, mai 2011.

SZTARK F., *Introduction à l'anesthésie générale*, octobre 2011.

MAURETTE P., *L'anesthésie en France*, mars 2011.

Conférences

L'I.A.D.E. au cœur de l'A.L.R. 12 mai 2012, Arcachon.

LISTE DES SIGLES

H.A.S. : haute autorité de santé

I.A.D.E. : infirmier (e) diplômé(e) d'état

M.A.R. : médecin anesthésiste réanimateur

M.A.S.T.E.R. : grade universitaire et diplôme national de deuxième cycle de l'enseignement supérieur

S.F.A.R : société française d'anesthésie et de réanimation

S.N.I.A. : syndicat national des infirmiers anesthésistes

ANNEXE : le questionnaire

ECOLE D'INFIRMIER(RE) ANESTHESISTE – CHU DE BORDEAUX
QUESTIONNAIRE DE TIP
CAVEY ADELIE - PROMOTION 2010-2012.

Dans le cadre du travail d'Intérêt Professionnel que j'effectue, je m'intéresse au thème professionnel suivant : **l'anesthésie locorégionale (A.L.R.) et l'infirmier anesthésiste (I.A.D.E.).**

Le questionnaire d'enquête ci-joint a pour objectif de recueillir votre opinion, votre vécu ou ressenti, et d'en permettre ensuite l'analyse pour aider ma réflexion dans la construction d'une pratique professionnelle adaptée.

Pour renseigner le questionnaire**,** veuillez cocher la ou les cases qui vous semblent les plus adaptées.
Vos réponses seront traitées dans le respect de votre anonymat et de celui du site où vous exercez.

La date butoir de réception est fixée au …… Le questionnaire une fois rempli est remettre à……..

Je vous remercie d'avance pour votre disponibilité et votre collaboration.

1- Êtes-vous ?

☐ Un homme ☐ Une femme

2- Quel est votre tranche d'âge ?

☐ 20 à 30 ans ☐ 31 à 40 ans ☐ 41 à 50 ans ☐ plus de 50 ans

3- Quelle est l'ancienneté de votre diplôme d'état d'infirmier(e) anesthésiste ?

☐ 0-2 ans ☐ 2-5 ans ☐5-10 ans ☐10-20 ans ☐+ 20 ans

4- Quel est le type d'anesthésie loco régionale (A.L.R.) majoritairement pratiqué dans le service où vous exercez ?

☐ Médullaire (Péridurale – Rachi- anesthésie)
☐ Périphérique (bloc tronculaire – bloc plexique)

5- Dans le service où vous exercez, l'A.L.R. est :

☐ Systématiquement pratiquée
☐ Souvent pratiquée
☐ Peu souvent pratiquée

6- Quelle proportion du temps de l'intervention passez-vous en salle auprès d'un patient lors d'une anesthésie locorégionale (A.L.R.) ?

☐ 100% ☐75% ☐50% ☐25% ☐moins de 25%

7- Quelle proportion du temps de l'intervention passez-vous en salle auprès d'un patient lors d'une anesthésie générale ?

☐ 100% ☐75% ☐50% ☐25% ☐moins de 25%

8- Quels sont parmi les items suivants ceux qui vous intéressent lors d'une anesthésie locorégionale (A.G.) ?

☐ La technicité nécessaire à l'application du protocole.
☐ Le rôle de l'I.A.D.E.
☐ Les paramètres à surveiller
☐ L'autonomie de la conduite de l'anesthésie lors de l'intervention
☐ La non conscience du patient
☐ La surveillance des effets des agents anesthésiques
☐ Le niveau de vigilance « réclamé » par l'anesthésie
☐ Le niveau de risque lié à l'anesthésie
☐ Autre, précisez :

9) Quels sont parmi les items suivants ceux qui vous intéressent lors d'une anesthésie générale (A.L.R.)?

- ☐ La technicité nécessaire à l'application du protocole.
- ☐ Le rôle de l'I.A.D.E.
- ☐ Les paramètres à surveiller
- ☐ L'autonomie de la conduite de l'anesthésie lors de l'intervention
- ☐ La conscience du patient
- ☐ La surveillance des effets des agents anesthésiques
- ☐ Le niveau de vigilance « réclamé » par l'anesthésie
- ☐ Le niveau de risque lié à l'anesthésie
- ☐ Autre, précisez :

10) Comment qualifieriez-vous votre présence en salle d'intervention auprès d'un patient sous anesthésie locorégionale ?

- ☐ Empathique
- ☐ Relationnelle
- ☐ Complaisante
- ☐ Réglementaire
- ☐ Technique
- ☐ Sécuritaire
- ☐ Rassurante
- ☐ Anxiolytique
- ☐ Active
- ☐ Obligée
- ☐ Passive
- ☐ Autre, précisez :

11) Comment qualifieriez-vous votre présence en salle d'intervention auprès d'un patient sous anesthésie générale ?

- ☐ Empathique
- ☐ Relationnelle
- ☐ Complaisante
- ☐ Réglementaire
- ☐ Technique
- ☐ Sécuritaire
- ☐ Rassurante
- ☐ Anxiolytique
- ☐ Active
- ☐ Obligée
- ☐ Passive
- ☐ Autre, précisez :

12) Comment gérez-vous le temps passé en per-opératoire avec un patient sous anesthésie locorégionale ?

- ☐ En discutant avec le patient
- ☐ En discutant avec les autres professionnels présents
- ☐ En proposant de la musique pour le patient
- ☐ En relativisant l'anxiété du patient
- ☐ Par votre présence uniquement
- ☐ Vous ne gérez pas la communication.
- ☐ Autre, précisez :

13) Pensez-vous que la spécificité de l'A.L.R. (patient conscient) influence votre prise en charge du patient en per-opératoire ?

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

Quelle que soit votre réponse, précisez en quoi ?

14) De quels facteurs dépend votre présence en salle d'intervention lors de la prise en charge d'un patient sous A.L.R. ?

- ☐ Niveau de stabilité hémodynamique du patient
- ☐ Niveau de confort du patient
- ☐ Niveau d'anxiété du patient
- ☐ Niveau de douleur du patient
- ☐ Temps « forts » de la chirurgie
- ☐ Temps « forts » de l'anesthésie
- ☐ Présence effective du médecin anesthésiste réanimateur (M.A.R.)
- ☐ Présence d'un étudiant infirmier anesthésiste?
- ☐ Aucun facteur
- ☐ Autre, précisez :

15) De quels facteurs dépend votre présence en salle d'intervention lors de la prise en charge d'un patient sous A.G. ?

- ☐ Niveau de stabilité hémodynamique du patient
- ☐ Niveau de confort du patient
- ☐ Niveau d'anxiété du patient
- ☐ Niveau de douleur du patient
- ☐ Temps « forts » de la chirurgie
- ☐ Temps « forts » de l'anesthésie
- ☐ Présence effective du médecin anesthésiste réanimateur (M.A.R.)
- ☐ Présence d'un étudiant infirmier anesthésiste?
- ☐ Aucun facteur
- ☐ Autre, précisez :

16) Cotez votre <u>niveau d'autonomie professionnelle</u> en donnant un chiffre entre 0/10 et 10/10 (0 = niveau minimal, 10 = niveau maximal).

Lors de la prise en charge d'un patient sous A.L.R. :

Lors de la prise en charge d'un patient sous A.G. :

17) Cotez votre <u>niveau de responsabilité professionnelle</u> en donnant un chiffre entre 0/10 et 10/10 (0 = niveau minimal, 10 = niveau maximal).

Lors de la prise en charge d'un patient sous A.L.R. :

Lors de la prise en charge d'un patient sous A.G. :

18) Cotez votre <u>perception du niveau de risque encouru par le patient</u> en donnant un chiffre entre 0/10 et 10/10 (0 = niveau minimal, 10 = niveau maximal).

Pour un patient sous A.L.R. :

Pour un patient sous A.G. :