MEMOIRE DE FIN D'ETUDE
ECOLE D'INFIRMIER(E) ANESTHESISTE
I.R.F REIMS

L'IADE EN SSPI

UNE PLUS VALUE

Sandrine GODET

Promotion 2007-2009

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de mon mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION…… 5

1. La salle de surveillance post interventionnelle…… 7

1.1 Définition 7

1.2 Historique de la naissance des salles de surveillance post interventionnelle 7

1.3 Maturité sous contrôle 8

2. La structure…… 10

2.1 Les locaux 10

2.2 Le matériel spécifique 11

3. Les moyens humains…….. 12

3.1 L'IDE 12

3.2 L'IADE 15

4. Les soins spécifiques en SSPI…… 21

4.1 La SSPI face aux données épidémiologiques 21

4.2 Le réveil anesthésique et sa spécificité 22

5. La notion de référent……..... 27

5.1 Définition 27

5.2 L'IADE « référent » pour les IDE en SSPI 28

6. Mon enquête…….. 31

6.1 Présentation 31

6.2 Analyse des résultats du questionnaire 32

7. Mon projet professionnel……... 47

CONCLUSION…… 49

Bibliographie…….. 51

Annexes……... 54

GLOSSAIRE

AG : anesthésie générale

ACR : arrêt cardio-respiratoire

ACSOS : agressions cérébrales secondaire d'origine systémique

ALR : anesthésie loco-régionale

CHU : centre hospitalier universitaire

DE : diplôme d'Etat

PETCO2 : Pression partielle en CO2 en fin d'expiration

IADE : infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat

IDE : infirmier (e) diplômé(e) d'état

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

ISO : international Organisation for standardization

MAR : médecin anesthésiste réanimateur

OAP : œdème aigu du poumon

SFAR : société française d'anesthésie réanimation

SSPI : salle de surveillance post interventionnelle

VACI : ventilation assistée contrôlée intermittente

INTRODUCTION

J'ai exercé quatre ans en qualité d'infirmière diplômée d'Etat au sein d'une salle de surveillance post interventionnelle d'un Centre Hospitalier Universitaire. Cette expérience m'a conforté dans l'idée de me spécialiser en anesthésie.

Je me suis très vite aperçue de la complexité du travail en SSPI. L'activité y est très variée et nécessite un grand nombre de compétences, relationnelles, théoriques et pratiques. Comme le stipule le Conseil de l'Ordre des Médecins [1]« Le réveil fait partie intégrante de l'anesthésie dont il constitue un des temps les plus périlleux ».

Pour cette raison de nombreux textes de loi ont vu le jour, dont l'objectif n'est autre que d'aboutir à une sécurité optimale dans la prise en charge des patients anesthésiés. Ainsi, le Décret du 5 décembre 1994 Art. 712.49 impose que « toute SSPI doit comporter en permanence au moins un IDE formé à ce type de surveillance, si possible un infirmier anesthésiste diplômé d'état ».

Ma formation initiale et mon expérience passée ne m'avaient pas apporté tout l'enrichissement nécessaire à une prise en charge de qualité du patient en SSPI. J'ai donc pu bénéficier de la formation spécifique de SSPI quelques mois après mon arrivée.

Malgré cette formation, j'ai été confrontée à des situations complexes que je ne parvenais toujours pas à résoudre seule. Par exemple, les patients présentant des curarisations résiduelles nécessitaient l'utilisation du curamètre que je n'utilisais pas toujours correctement ; ou encore, lors de prise en charge d'urgences vitales, je me sentais parfois, démunie.

Initialement, mes personnes ressources étaient les médecins anesthésistes et les infirmières expérimentées. Puis, une IADE du bloc fut affectée à la SSPI.

---

[1]Conseil de l'ordre des médecins. « *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes – réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé »* : du 14 décembre 2001 Edition avril 2002. P 13.

Son arrivée m'a permis de modifier et d'affiner mes prises en charge grâce à sa transmission de connaissances et de conseils, notamment dans ma gestuelle et l'utilisation de matériel spécifique.

A son contact et en l'observant évoluer en SSPI, je réalisais que sa spécialisation lui procurait un savoir et savoir faire différent.

Au cours de ma formation d'infirmière anesthésiste, j'ai pu constater que de nombreuses SSPI ne comptaient pas d'IADE dans leur effectif. Aussi, en accompagnant les patients en post opératoire, je me suis rapidement aperçu que l'enseignement reçu me permettait d'évoluer beaucoup plus sereinement au sein de la structure, devenant à mon tour personne ressource auprès des IDE.

Ces expériences m'ont donc amené à orienter mon mémoire dans le traitement de la problématique suivante : **« L'IADE EST- IL UN ATOUT SUPLEMENTAIRE AINSI QU'UN REFERENT POUR LES IDE POUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT EN SSPI ? »**

Pour répondre à ce questionnement, j'articule mon travail de la façon suivante :

Mon premier point détermine la particularité de la SSPI au travers de son historique et sa législation.

Mon second point aborde les locaux et le matériel spécifique qui la compose.

Mon troisième point traite des moyens humains à travers le rôle et les compétences

de l'IDE et de l'IADE au sein de la structure.

Mon quatrième point est consacré aux soins spécifiques en SSPI.

Mon cinquième point aborde la notion de l'IADE « référent ».

Mon sixième point est dédié à l'élaboration d'une enquête réalisée auprès d'IDE et IADE impliquées dans l'activité du réveil, ainsi qu'à l'analyse des résultats.

Enfin, je terminerai par la présentation de mon projet professionnel.

1. LA SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE

1.1 Définition

La SSPI est un lieu qui accueille et prend en charge tous les patients ayant subis un acte anesthésique : une anesthésie générale, loco régionale ou une diazanalgésie, un acte opératoire à visée de diagnostique, thérapeutique et /ou curatif.

Des soins au travers d'une surveillance clinique et paraclinique sont entrepris dès l'arrivée de chaque patient et poursuivis jusqu'au retour dans leur unité d'hospitalisation d'origine.

Comme l'induction, la phase de réveil fait partie intégrante de l'anesthésie. C'est une phase particulièrement critique pour le patient puisqu' en règle générale, les mécanismes de régulation et de compensation de l'organisme ne sont pas encore totalement rétablis du fait du traumatisme chirurgical et des effets résiduels de l'anesthésie. Pendant cette phase, une surveillance rapprochée minutieuse et sans faille des fonctions vitales est requise par du personnel compétent.

1.2 Historique de la naissance des SSPI

La première salle de réveil ouvre en 1923, mais il faudra attendre les années 1950 pour voire se généraliser les soins post opératoires précoces grâce à l'essor de l'anesthésiologie. Aussi, dès la fin des années 1960, des données épidémiologiques suggèrent la nécessité de réunir les patients dans une même unité de lieu après intervention et le bénéfice d'une surveillance confiée à des professionnels entrainés. Ces données aboutissent à la naissance de différentes circulaires relatives à la sécurité des patients anesthésiés.

La première circulaire ministérielle émane du Ministre de la santé publique et de la Sécurité sociale. Celle-ci insiste sur l'importance de surveiller tout malade ayant subi une anesthésie générale, régionale ou locale dans un même lieu nommé salle

de réveil à proximité immédiate du bloc. Elle ne doit pas être assimilée à un service de réanimation et doit fonctionner 24 heures sur 24 dans les établissements qui accueillent les urgences de jour comme de nuit. La dénomination salle de réveil est alors officielle.

Devant l'application lente de cette circulaire, une nouvelle circulaire ministérielle a été établie. Elle réaffirme la nécessité d'une salle de réveil et annonce un contrôle et des sanctions.

Enfin, une dernière circulaire rappelle la nécessité d'IADE et stipule que le personnel doit être encadré par un surveillant spécialisé en anesthésie réanimation.

Cependant, une enquête faite en 1990 dans les hôpitaux de l'AP-HP et l'île de France révèle que pour 48% des patients anesthésiés, la surveillance post interventionnelle est inexistante (32% des cas) ou insatisfaisante. De plus, une enquête de l'INSERM réalisée en 1978-1982 révèle que 40% des accidents surviennent durant la période de réveil, en spécifiant que 80% de ces patients étaient indemnes de toute maladie associée[2]. Les structures ont insuffisamment évolué en regard des nécessités. Ce qui sera à l'origine de Décrets.

1.3 Maturité sous contrôle

Les circulaires n'ont pas force de loi. Ainsi, la SFAR qui est une société savante réagit et émet des recommandations en septembre 1990. Ce sont des règles de bonnes pratiques professionnelles qui reprennent et complètent les directives ministérielles abordant les modalités de surveillance des patients en salle de réveil, la structure et les équipements. Elles ont pour but de contribuer à une qualité de soins optimale et tiennent compte des normes formulées par des sociétés d'anesthésie d'autres pays. Ces référentiels élaborés vont constituer le 3ème pilier de l'organisation de la sécurité anesthésique, avec le référentiel législatif et le référentiel réglementaire.

[2] Haut Comité de la Santé Publique .*Rapport de sécurité anesthésique de novembre 1993*. Editions Ecole nationale de la santé publique, N°6 mars 1994 p 39-40.

Le **Décret du 5 Décembre 1994** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie renforce et ordonne les recommandations de la SFAR. Sa publication imposera à tous les établissements de soins, une « salle de surveillance post-interventionnelle ».

Ce décret décrit la SSPI dans le moindre détail : son rôle, l'équipement nécessaire à la surveillance des patients, son emplacement par rapport aux salles d'opérations, ses modalités de fonctionnement ainsi que le personnel y étant affecté. Il donne un caractère réglementaire à des pratiques. Désormais, on parle de salle de surveillance post interventionnelle et non plus de salle de réveil.

L'arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux insiste sur la qualification obligatoire du personnel. La vérification du bon état et du fonctionnement adéquat du matériel doit être effectué par du personnel qualifié avant l'ouverture de la SSPI mais aussi entre chaque patient.

Ces textes constituent un des premiers modèles d'assurance qualité. Ils ont permis aux patients de bénéficier d'une chaîne de garanties et de sécurité dont ils sont le premier maillon.

Ces améliorations émanent d'un soucis de sécurité anesthésique qui répond à la société en matière de confort et de sécurité, certifiées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, visant à promouvoir les démarches de la qualité et de la sécurité des soins.

2. LA STRUCTURE

Son organisation est complexe et dépend également des critères d'activité : le nombre d'interventions, les types d'interventions et les urgences. C'est pourquoi les particularités de chaque secteur doivent être étudiées par les équipes afin d'établir un modèle.

Les notions de locaux et de matériel spécifique sont les plus importantes à considérer.

2.1 Les locaux [3]

Ils permettent de répondre à leur mission dont l'objectif est de « contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leurs éliminations, et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie ».

- ***La notion de temps***

« La surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie, elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient. Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique ».

- ***La notion de lieu***

Tout patient ayant subi une AG ou ALR doit être surveillé en SSPI à proximité des secteurs opératoires, ce qui permet de limiter la durée de transport du patient ainsi que l'intervention rapide d'un médecin anesthésiste. Cela rend possible un retour rapide en salle d'intervention en cas de problème. La SSPI doit comporter au moins quatre postes.

[3] Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique. JO, n°284, du 8 décembre 1994, p 17 383.

2.2 Le matériel spécifique

L'équipement des SSPI est très précis, notamment en ce qui concerne le monitorage. Chaque poste doit être muni de l'équipement nécessaire à la surveillance hémodynamique, ventilatoire et thermique. Ce matériel de base est complété en fonction du type de patient et des actes effectués (monitorage de la curarisation par exemple)[4].

La SSPI est dotée de dispositifs médicaux permettant pour chaque poste installé :

- L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide.
- Le contrôle continu du rythme cardiaque et l'affichage du tracé électrocardioscopique, par des appareils munis d'alarmes et de contrôle de la saturation du sang en oxygène.
- La surveillance périodique de la pression artérielle.

Elle est également équipée :

- d'un dispositif d'alerte permettant de faire appel aux personnes nécessaires en cas de survenue de complications dans l'état d'un patient.
- d'un dispositif d'assistance ventilatoire muni d'alarmes de surpression et de débranchement ainsi que d'arrêt de fonctionnement.

Le matériel de monitorage de la curarisation ainsi que le défibrillateur doivent être accessibles.

Ce matériel n'est pas toujours connu du personnel infirmier qui devra bénéficier d'une formation pour pouvoir l'utiliser.

La vérification du bon état et du fonctionnement adéquat du matériel devra être effectuée par du personnel qualifié avant l'ouverture de la SSPI mais aussi entre chaque patient. Celui-ci renvoie aux articles D 712-43 et D 712-47 du Décret du 5 Décembre 1994 complété par le Décret du 3 octobre 1995.

---

[4] Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994. Op. cit. , p 10.

3. LES MOYENS HUMAINS

Le personnel

« Les infirmiers de SSPI doivent être formés à ce type de surveillance et si possible un infirmier anesthésiste diplômé d'état ».

Lorsque la SSPI comporte six postes occupés ou davantage, le personnel devra être composé de deux agents paramédicaux, dont un au moins est soit, un IDE ou un IADE.

Le décret ne précise pas le type ni la durée de la formation envisagée. Pour autant la formation sanctionnée par le DE infirmier n'est pas suffisante pour exercer en SSPI. Le personnel infirmier ne peut participer aux techniques d'anesthésie. Chaque établissement est responsable de la formation de son personnel IDE.

Les personnels sont exclusivement affectés à la SSPI, ce tout au long de son ouverture.

On note bien la présence souhaitable mais non obligatoire de l'IADE. Le choix entre IDE et IADE se fait sous la responsabilité de l'administration et de l'équipe médicale.

Le personnel est sous la responsabilité médicale d'un anesthésiste-réanimateur.

3.1 L'IDE

Sa formation

Le programme de formation est défini par l'arrêté du 28 septembre 2001.

Suite à sa formation « (…) l'IDE est apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation ».

« Un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne (…) »

Cette formation ne comprend aucun module qui aborde de façon approfondie les soins infirmiers en post anesthésique immédiat. De plus, les modules de soins infirmiers aux urgences, réanimation, transfusion sanguine et pharmacologie ne représentent que 180 heures sur 2240 heures.

C'est pour cette raison que les IDE doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi pour travailler en SSPI.

Domaine de compétences

Le rôle des IDE est régit par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (disposition réglementaire) du code de la santé publique modifiant le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

« L'infirmière doit être organisée, efficace, vive, disponible, tout en agissant dans le calme et la douceur. Son rôle peut se définir ainsi : accueil du malade, surveillance post opératoire immédiate et compétences techniques ».

Avant l'arrivée du patient, ce décret lui permet de remplir un certain nombre de missions au sein de la SSPI. Elle s'assure notamment du bon fonctionnement de l'équipement de la salle chaque matin et entre chaque patient :

Le plateau d'intubation, la présence des drogues anesthésiques, les respirateurs, le défibrillateur, les scopes(…), le matériel de réanimation cardio pulmonaire présent à chaque poste (solutés de remplissage..).Ces vérifications donnent lieu à la check list qui est contre signée par le Médecin anesthésiste réanimateur.

L'IDE a un rôle propre dans la matériovigilance en participant à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables.

Le matériel de salle de réveil est très spécifique. De par sa formation, il n'a pas été préparé à l'utilisation de certains appareils.

A l'arrivée du patient en postopératoire, il l'accueille et l'installe de façon sécuritaire et adaptée à sa pathologie assisté de l'IADE ou du MAR. Il sera capable d'interpréter une feuille d'anesthésie qui renseigne sur la durée de l'intervention et le type d'anesthésie.

Comme tout IDE, il peut procéder aux aspirations des sécrétions (que le patient soit intubé ou non) ainsi que réaliser une ventilation manuelle instrumentale par masque. Il effectue une surveillance clinique rigoureuse du patient : surveillance des drainages, état cutanée… et paraclinique : température, glycémie, fréquence cardiaque…. Il est entrainé à ce type de surveillance[5].

Il est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre de protocoles.

Il assure la surveillance du patient intubé mais n'est pas habilité à réaliser l'extubation qui est une technique d'anesthésie. Il est donc assisté du MAR ou d'un IADE. C'est un geste qui limite donc la place de l'infirmier.

Dans le cadre de l'urgence, l'IDE participe avec le MAR à la mise en œuvre, d'actions permettant de faire face à l'urgence vitale, mais ne peut en aucun cas participer aux anesthésies en dehors de ce contexte.

On constate donc que l'IDE est formé pour assurer des soins de qualité, or ce même décret ne lui permet pas d'avoir des compétences en anesthésie : « Soins et surveillance des personnes en post opératoire, sous réserves des dispositions prévues à l'article 12 ».

[5] SFAR. *Recommandations concernant la surveillance et les soins post anesthésique 2ème édition*, septembre 1990-1994.

3.2 L' IADE

Définition

L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur.

Plus que toute autre discipline médicale, l'anesthésie est complexe. En effet, son exercice est subordonné à la mise en œuvre de connaissances professionnelles très techniques et à l'utilisation d'un matériel sophistiqué.

L'infirmier anesthésiste analyse et évalue les situations dans des contextes d'urgence ou de soins invasifs. Il intervient par des gestes techniques visant à garantir la qualité des soins et la sécurité des patients en anesthésie-réanimation ; il prévient l'anxiété. Ses activités concourent au diagnostic, au traitement et à la recherche. Il participe à la formation dans ces champs spécifiques.

Ses domaines de compétences

Article 12 du Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique qui définit son exclusivité d'exercice :

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé(e) d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes : 1° Anesthésie générale. 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur. 3° Réanimation pe ropératoire.

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 post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées et est habilité à la prise en charge de la douleur post opératoire relevant des mêmes techniques.

La SFAR stipule que l'IADE se justifie en SSPI par son aptitude à évaluer les signes de réveil, reconnaitre les accidents susceptibles de se produire et à mettre en œuvre sans délai les gestes techniques indispensables, notamment l'aspiration, l'intubation et la ventilation.

Le réveil fait partie de l'anesthésie, l'IADE y trouve donc naturellement sa place.

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

Les objectifs sont qu'en fin de formation, l'élève soit capable de participer avec le MAR aux techniques d'AG et d'ALR. Il prendra en charge la personne soignée lors des différents actes d'anesthésie, des situations de réanimation, du traitement de la douleur, des situations d'urgences. Tout en assurant la continuité des soins, il contribuera à la sécurité des personnes soignées en participant à l'encadrement et à la formation des personnes de santé. Il participera à la recherche en soins infirmiers. Il sera capable d'analyser, d'évaluer sa pratique professionnelle et de participer à l'évaluation de la qualité des soins, tout en s'intégrant dans une équipe pluridisciplinaire au sein du service de soins infirmiers et du système de santé.

Sa formation spécifique en fonction des besoins de la SSPI

La formation de 24 mois a pour objectif 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, c'est-à-dire la pratique infirmière au cours des différentes anesthésies générales et loco-régionales, à la surveillance des malades au décours d'une intervention, à la réalisation des soins de réanimation, à l'accueil des urgences et au transport des malades lourds.

Concernant la prise en charge post interventionnelle, il est stipulé que l'IADE exerce une activité clinique auprès des patients au décours d'anesthésie, quelque soit le terrain, la technique anesthésique, la spécialité chirurgicale et /ou la nature de l'investigation.

Il recrute les données, évalue la situation clinique rapidement évolutive dans cette période, met en œuvre les actions adaptées (surveillance, traitements prescrits, utilisation pertinente du matériel) en contribuant à la qualité des transmissions à la sortie du patient.

En cas d'urgence, il est en mesure de pratiquer les gestes nécessaires dans l'attente du MAR.

Au sein de l'équipe de SSPI, il prend soin de la personne soignée comme tout IDE en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires. Il assure l'encadrement auprès de l'équipe soignante et des stagiaires par délégation du cadre infirmier responsable. Enfin, il participe à la gestion du matériel (choix, utilisation, éducation et maintenance).

Ses capacités

Au regard de sa formation, l'IADE a des aptitudes certaines à évaluer les signes de réveil, à dépister la survenue d'incidents ou d'accidents et à y faire face.

Il connait la pharmacologie des produits de l'anesthésie ce qui lui donne une compétence certaine quant à la surveillance de l'élimination de ces produits. Il est donc à même de dépister un retard de réveil ou une curarisation résiduelle et y faire face.

Ses connaissances de la ventilation font de l'IADE un acteur de choix dans la prise en charge des patients de SSPI, notamment en ce qui concerne l'extubation, la gestion de l'extubation accidentelle, la ventilation manuelle au masque et la prise en charge de l'intubation ou de la réintubation.

L'IADE a des compétences afin de prendre en charge tout type de patients du nourrisson à l'adulte.

Il connait les complications possibles en post opératoire immédiat, ce qui permet d'affiner sa surveillance durant la période à risque qu'est la phase de réveil. Il peut mettre en œuvre sans délai des gestes techniques en cas de problèmes graves et débuter la réanimation. Il connait les limites de ses attributions, sait faire appel à un médecin anesthésiste réanimateur dans l'intérêt du patient.

Ses savoirs

Cette spécialisation apporte un savoir, un savoir faire et un savoir être, ce qui détermine ses compétences.

- Savoirs apportés par sa théorie :
  - **En matière de savoir**, par ses connaissances : des différentes fonctions (respiratoires, cardio-vasculaire…), de la pharmacologie, de la ventilation concernant l'anesthésie et les soins opératoires en fonction des terrains et de la chirurgie.
  - **En matière de savoir faire**, par sa connaissance : des dilutions des médicaments, des monitorages (curarisation, PAI…), de la ventilation au masque et des techniques d'intubation.
  - **En matière de savoir être**, par ses prestations orales et la réalisation de travaux de recherche.
- Savoirs apportés par sa pratique :
  - **En matière de savoir,** de part ses connaissances de la chirurgie, des techniques d'anesthésie, du matériel de ventilation, et surtout de part sa pratique de l'anesthésie en secteur de spécialité (pédiatrique, obstétrique, neurochirurgie, acquis à travers ses stages).

- **En matière de savoir faire,** par sa gestion de la phase de réveil, le contrôle des voies aériennes supérieures, sa connaissance de la gestuelle de l'intubation et des alternatives à l'intubation, mais aussi par une manipulation régulière des produits d'anesthésie et des appareils de surveillance ou d'assistance et leur maintenance.
- **En matière de savoir être**, la maîtrise de soi et son adaptabilité acquis lors d'expériences successives.

Sa contribution aux soins en SSPI

De part sa formation, sa qualité d'expert lui donne des aptitudes à évaluer le réveil, a dépister les complications et y faire face prenant en compte l'anesthésie, le patient et la chirurgie. Par exemple, lors de chirurgie crânienne, il connait parfaitement les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique qui vont majorer l'hypertension intracrânienne. Il adaptera ainsi sa surveillance clinique et paraclinique et permettra de prévenir les complications. L'IADE a un rôle primordial en termes d'anticipation, qui détermine toutes ses actions.

Il connait parfaitement la pharmacologie des produits d'anesthésie lui permettant la surveillance de leur élimination. Ainsi, il est capable de dépister un retard de réveil ou encore une curarisation résiduelle, en faisant toujours les liens entre la pharmacocinétique et le terrain du patient. En effet, un insuffisant hépatique ou rénale a une sensibilité particulière à la morphine, qu'il n'a pas pour le sufenta. Mais surtout un patient ayant reçu du sufenta cinq minutes avant d'arriver en SSPI n'aura pas le même réveil que celui dont on vient d'arrêter la seringue d'Ultiva.

De plus, l'IADE utilise et maitrise du matériel spécifique. Par exemple sa surveillance est rigoureuse grâce, au curamètre, en effectuant un train de quatre puis un double-burst-stimulation pour évaluer le degré de curarisation du patient ; ou bien encore l'Hémocue après une chirurgie orthopédique pour dépister une anémie chez un patient coronarien qui aboutirait à un angor voire un infarctus du myocarde. Il maitrise la manipulation de la pression artérielle invasive.

Dans le domaine de la ventilation, de par ses connaissances et sa pratique quotidienne au bloc, l'IADE maitrise les critères et les gestes de l'extubation, la ventilation manuelle au masque, l'intubation ou réintubation. La connaissance des risques liés aux complications font de l'IADE, l'acteur paramédical de choix. Il permet le maintien du patient plus longtemps sous respirateur de part sa maitrise des différents modes ventilatoire, ce qui assure une surveillance plus précise de par les données transmises par le respirateur. Le rapport de Sécurité anesthésique[6] de 1993 préconise par conséquent « que si des patients encore anesthésiés, intubés et ventilés, séjournent en SSPI, la présence d'un MAR ou IADE est requise».

L'IADE a souvent participé à des chirurgies très variées. Il connait les complications éventuelles, la localisation des drainages. Ainsi, sa surveillance post opératoire immédiate n'en est que plus pointue. Il connait par exemple la physiopathologie du TURP SYNDROME dans la chirurgie de résection endoscopique de prostate, ce qui lui permet d'anticiper les alertes, réduisant ainsi les complications.

Sa formation et ses stages dans le domaine de l'urgence lui permettent d'avoir des gestes techniques adaptés et de débuter la réanimation en attendant le MAR. Il a souvent dû préparer dans un temps limité le matériel et les drogues nécessaire pour paliers aux complications. Comme le souligne le Conseil de l'Ordre des Médecins,[7] « Les IADE sont des proches collaborateurs des Médecins anesthésistes réanimateurs. Outre leur activité au bloc opératoire, leurs compétences techniques et leurs connaissances leurs permettent d'intervenir en SSPI. »

L'IADE a donc bien toutes les compétences pour travailler en SSPI. Celles-ci se caractérisent par des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Elles lui permettent d'observer puis de comprendre sa situation de travail, de juger, de décider et d'agir conformément à la réglementation afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin.

---

[6] Haut comité de la santé publique. *Rapport de Sécurité anesthésique de novembre 1993*, p 65

[7] Conseil de l'ordre des médecins. *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialités ou professionnels de santé* du 14 décembre 2001 : édition avril 2002. P 13.

4. LES SOINS SPECIFIQUES EN SSPI

4.1 La SSPI face aux données épidémiologiques[8]

L'anesthésie

Le nombre annuel d'anesthésies a plus que doublé entre les années 1980 et maintenant, passant de 3,6 à 8 millions. Les anesthésies pour des personnes âgées ou très pathologiques ont quadruplé.

Durant la même période, le taux de mortalité en rapport avec l'anesthésie a été divisé par un facteur de l'ordre de 10.

Les raisons de cette amélioration résident dans les mesures résultant du décret de 1994 relatif à la sécurité anesthésique, mais également dans de nombreux autres facteurs et notamment la diffusion d'une véritable culture de la sécurité.

Les patients

En 1980, 79 % des sujets étaient ASA I ; ils ne sont plus désormais que 59 %. La répartition en fonction de l'âge a évolué depuis 1980 : les sujets de plus de 54 ans représentent 39 % des anesthésies en 1996, contre 26 % à l'époque.

C'est dans les catégories des patients les plus âgés que l'augmentation d'activité a été la plus forte. Les sujets étaient alors d'ASA III, IV ou V; cette proportion a doublé en 1996.

De nombreuses études en France montrent que les complications surviennent le plus souvent au réveil, particulièrement dans la première heure.

Ces études montrent que les chirurgies abdominales ou orthopédiques sont les plus touchées et que le contexte de l'urgence et les ASA élevés sont des facteurs prédisposant.

[8] SFAR. *Les essentiels.* Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Edition Elsevier-Masson. P 310 à 314.

4.2 Le réveil anesthésique et sa spécificité

Il s'étend de la fin de l'intervention chirurgicale, ou de l'acte technique, jusqu'au moment où le patient récupère un état de conscience et des fonctions vitales compatibles avec une autonomie complète. Cette période peut être plus ou moins longue.

Il s'agit d'une période nécessitant des soins spécifiques et propices aux complications, dont certains sont prévisibles et d'autres surviennent de façon accidentelles. En effet, il faut être conscient qu'il n'y a pas d'anesthésie sans risque. Il est impératif de connaitre les surveillances liées à l'anesthésie, la chirurgie, les positions opératoires et le terrain du patient, afin de prévenir et de dépister les complications pouvant aboutir à des situations critiques.

La surveillance du patient est clinique, instrumentale et biologique. Ce qui permet le dépistage et le traitement des complications. A aucun moment, la surveillance instrumentale ne doit remplacer la surveillance clinique.

Le réveil nécessite la prise en charge de la douleur, des nausées et vomissements, des besoins (respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques) et autres (récupération de la force musculaire, d'une température de base, du bloc moteur, sensitif et sympathique).

Dans cette partie, je ne détaillerais pas de manière exhaustive les risques de la SSPI dans leur intégralité mais je m'appuierai sur ceux pour lesquels l'IADE peut jouer un rôle déterminant en terme de prévention. Je parle en effet de prévention car l'une des fonctions première de l'IADE est d'anticiper les complications afin de prévenir les risques.

L'une des premières fonctions perturbée en SSPI reste bien la fonction ventilatoire. Les études montrent que les complications de cette fonction affectent aussi bien les patients ASA I que ceux ASA III. Aussi, en ce qui concerne les patients intubés, le maintien de la ventilation artificielle est nécessaire si le patient ne répond pas aux critères d'extubation. Cette ventilation nécessite la surveillance clinique mais aussi paraclinique par un contrôle des pressions d'insufflation ou des volumes insufflés

selon le mode ventilatoire utilisé. Les alarmes doivent être déterminées en prévention de barotraumatisme particulièrement chez les sujets emphysémateux ou volotraumatisme lors de l'amélioration de l'impédance thoraco-pulmonaire. Il est très intéressant d'utiliser la VACI pour faciliter le sevrage en douceur du patient. L'IADE peut adapter les différents paramètres réglables aux circonstances cliniques notamment, en fonction de la surveillance paraclinique par la PetCO2 (sa valeur mais aussi l'aspect de la courbe) est un paramètre déterminant pour l'IADE. Or, certaines IDE ne l'utilisent pas car elles ne savent pas toujours l'interpréter, car cela ne fait pas partie de leur formation. Ce paramètre est déterminant en termes d'anticipation de complications en SSPI. L'IADE le maitrise de part son expérience au bloc, car la surveillance de l'ETCO2 est obligatoire lorsque la trachée est intubée[9].

Le maintien de la ventilation artificielle est nécessaire pour le patient curarisé. Dans un premier temps prend l'IADE connaissance du produit utilisé, de l'heure de la dernière réinjection et de la dose, tout ceci va le renseigner sur sa durée d'action totale du produit. Dans un second temps, il détermine en fonction du résultat du TOF et /ou du DBS et de la clinique du patient si ce dernier est décurarisé ou si il peut bénéficier après avis médical d'une antagonisation selon son terrain.
Pendant ce temps d'évaluation, il est nécessaire dans la majorité des cas de maintenir une sédation.

En effet, l'IADE peut maintenir une sédation en SSPI selon prescription médicale dans ce cas mais pour des raisons multiples. Notamment, après des chirurgies longues avec ouverture du péritoine ayant pour conséquence une hypothermie majeure ne pouvant permettre l'extubation du patient.

Il sait aussi, que la levée de la vasoplégie induite par l'anesthésie et l'arrêt de la ventilation mécanique vont être responsable d'une élévation de la précharge. Cette élévation trop rapide peut engendrer chez des patients ASA III et IV un OAP ou encore masquer une hypovolémie absolue qui se manifestera plus tard. Ces patients fragiles seront d'avantages sujets aux complications cardiovasculaires.

[9] Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994.

L'IADE ne peut en aucun cas prendre en charge un patient en anesthésie sans allier produits, chirurgie et terrain du patient. C'est pour lui un exercice de chaque instant une anesthésie pour qui ? D'où sa facilité de faire les liens en SSPI. L'annonce de l'arrivée du patient en SSPI est déterminante par des informations transmises pertinentes. En effet, l'IADE pourra anticiper la préparation des produits, des monitorages… pour une prise en charge de qualité.

Il assura un sevrage progressif du patient conscient des complications possibles selon l'anesthésie, la chirurgie et le terrain.
L'IADE connait les manifestations cliniques possibles après une ALR pouvant persister une heure après l'injection. Par exemple, le syndrome de Claude Bernard Horner après un bloc interscalénique qui pourrait être responsable d'une hypoxie au réveil après extubation. Ces symptômes sont généralement résolutifs dans le temps et sans séquelles. Il pourra ainsi rapidement y pallier par un apport d'oxygène.

Après une chirurgie hémorragique, il connait les risques induits par une anémie chez un coronarien. L'IADE cherche à savoir rapidement son taux d'hémoglobine grâce à l'utilisation de l'hémocue en se référant à sa valeur de départ. Il est nécessaire de faire les liens entre les conséquences de la chirurgie sur chaque terrain afin d'anticiper les actions de détections des risques dans un but préventif des complications.

Dans le domaine de la douleur, l'IADE est vigilant dans un premier temps en différenciant la douleur consécutive à la stimulation des récepteurs nociceptifs du champ opératoire ou celle liée à une posture inadéquate. Car, il connait les différentes positions per opératoires de par son expérience au bloc, il peut corréler la localisation de la douleur aux positions. Dans un second temps, selon les morphiniques utilisés en per opératoire et leur cinétique, il est à même d'anticiper l'analgésie ou encore maintenir une seringue d'ultiva en cas de besoin pour le bien être du patient toujours selon prescription médicales.

Face à la personne âgée l'IADE de part ses connaissances est d'autant plus vigilant à la surveillance de la SpO2. Car le risque hypoxémique est plus élevé que le sujet

jeune. La PaO2 du sujet âgé est plus base ainsi la réponse à l'hypercapnie ou à l'hypoxie est réduite de 50%.

L'IADE sait que certains patients diabétiques ont une dysautonomie sympotho vagale, présentant un risque d'infarctus du myocarde et de trouble du rythme. Sa surveillance nécessite un monitorage parfait de l'ECG.

Selon si le patient présente une insuffisance hépatique ou rénale, selon les produits utilisés en per opératoire on peut assister à un retard de réveil. Une parfaite connaissance de la pharmacologie des produits permet de ne pas retarder le diagnostique d'une complication. Ainsi, la différencier de retards induits pour d'autres raisons, notamment la chirurgie (la résection endoscopique de prostate, crânienne…).

Quand à l'enfant, sa surveillance est identique à celle de l'adulte avec un matériel adapté à sa taille. Toutefois, il n'est pas un adulte en réduction. Il faut connaitre les paramètres physiologiques qui varient selon l'âge et savoir que le débit cardiaque dépend étroitement de la fréquence cardiaque chez le plus petit, pour une prise en charge sécuritaire. On gardera à l'esprit qu'au moment de l'extubation il est plus sujet au laryngospasme qui conduira rapidement à une désaturation du fait de sa petite capacité résiduelle fonctionnelle. De ce fait, l'IADE prendra soin d'assurer une extubation après une inspiration. La pédiatrie reste bien spécifique, elle nécessite des connaissances particulières concernant la physiologie de l'enfant, la dilution des produits et le matériel de ventilation adapté. Pour une prise en charge de façon sécuritaire cela demande une pratique courante et de l'expérience.

En résumé, une surveillance sans faille des fonctions vitales est la priorité de la période post opératoire immédiate. L'étendue des moyens de monitoring est dictée par les antécédents et l'âge du patient, la nature et la durée de l'acte chirurgical, la procédure anesthésique et les complications éventuelles.

La surveillance clinique est complétée par une surveillance instrumentale et des données de laboratoire. L'IDE n'a pas de part sa formation été préparé à l'utilisation de certains appareils comme le curamètre ou les connaissances des différentes drogues ou antagonistes lui permettant de faire les liens et interpréter toutes les

données reçues. Elle saura de part sa surveillance rigoureuse soit se faire aider ou informer rapidement l'IADE ou le MAR.

De part ses connaissances théoriques et son expérience en anesthésie au bloc opératoire, l'IADE est plus à même de prévenir, reconnaître et traiter les complications, que celles - ci soient liées à l'anesthésie, à l'intervention ou au terrain du patient. Il permet une prise en charge totale du patient assurant une qualité de soin aux patients.

5. LA NOTION DE REFERENT

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous allons décortiquer les usages de ce mot « référent ».

5.1 Définition[10]

Il apparaît au milieu du 20ème siècle et vient de l'anglais *référent*.

C'est un terme de linguistique. C'est l'objet réel que nomme un énoncé particulier.

Le dictionnaire nous renvoie au mot " référence " qui apparaît vers 1820, et vient lui aussi de l'anglais *reference*. Nous arrivons à une notion plus précise. C'est vers 1960 que le mot arrive dans la langue. Il est donc très récent. La référence, c'est alors la fonction par laquelle un signe renvoie à ce dont il parle, à ce qu'il désigne.

Pour essayer d'y voir clair, le mot renvoie à une fonction de référence, c'est à dire qu'il met en lien, un objet de la réalité matérielle, par exemple un stylo, à un signe le mot stylo. Le mot a une fonction de désignation et le stylo (l'objet) est le référent du mot stylo.

Dans le rapport entre la chose et le signe on s'aperçoit que la relation est complètement arbitraire. Il n'y a aucun motif à ce qu'un mot ait un signe où un autre, tout cela n'est qu'une convention.

L'objet peut être un objet du monde mais aussi un objet de notre imagination. La fonction référentielle du langage a pour but de **communiquer des informations.**

Si l'on part du côté étymologique, référent découle de référer, c'est un verbe qui vient du latin *« referre »* et qui veut dire « reporter, rapporter » de *« re »* qui indique un mouvement en arrière et de *« ferre »* qui veut dire « porter ».

Le Robert (Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey) nous précise qu'aucun des emplois transitifs du verbe ne s'est maintenu depuis son premier sens jusqu'à celui d "annoncer" de "raconter".

---

[10] Aimée TODOT. *L'infirmier référent*. Disponible sur http://www.serpsy.org/etudiants/infirmier-referent.htm (consulté le 13.05.09).

« Référentiel » est employé en mathématique mais pourrait s'employer tout à fait dans notre cas comme synonyme de **« repères »**.

Ce mode signifie aussi et surtout un **engagement individuel**. Paul MENGAL, professeur de philosophie à l'Université de Paris XII-Val de Marne a proposé lors d'un séminaire au CH Les Murets en 1996, un travail autour de la notion de référent :

" Le mot relation a un sens juridique au départ et veut dire rapport ou témoignage. C'est exactement le même sens que référence, c'est un sens logique de rapport entre deux choses. Relation signifie aussi rapport d'interdépendance qui lie deux personnes."

Il donne trois sens généraux qui apparaissent dans l'idée de référent. :

- *détente d'information*
- *médiateur*
- *porte parole*

5.2 L'IADE « référent » pour les IDE

L'IADE peut être « référent » dans les domaines spécifiques de la pratique en SSPI qui ne fait pas parti de la formation de base des IDE.

L'IADE détenteur d'information

Comme le souligne M. MENGAL[11] « *l'idée de référent est très proche de l'idée de la référence bibliographique* ». C'est à cet IADE que revient de préparer ces réunions cliniques, de les impulser et de veiller à l'application des projets sur le terrain. Il serait aussi garant de l'avancée des projets, c'est à dire qu'il aurait à cœur de vérifier où en sont les projets, de voir si quelque chose peut bloquer ou si ils ne se perdent pas en route.

[11] Aimée TODOT. L'infirmier référent. Op. cit. ,p 28

L'importance sera de prendre en compte les connaissances déjà acquises par les IDE ainsi de se préoccuper de leurs motivations, l'estime d'eux même et la conscience de sa responsabilité dans sa propre réussite.

Il transmettra trois types de savoirs dont parle TARTIF (1997)[12] :

« savoir déclaratif » : il s'agit de connaissances de faits, de règles, de lois, de principes, etc. Il s'agit d'un savoir à long terme. Exemple concernant la physiopathologie.

« savoir conditionnel » : ces connaissances concernent le quand et pour qui de l'action.

« savoir procédural » : correspond au savoir-faire. Ceci concerne le comment de l'action.

L'IADE médiateur

P. MENGAL voit une orientation possible dans le premier sens de référent : rapporter une chose à une autre, ce serait aussi mettre en relation.

L'IADE porte parole

Porte parole ou transfert de parole. Traduire voudrait dire alors d'une certaine manière : interpréter. Interpréter ce serait passer d'un registre à un autre, donner du sens, prendre dans le comportement un signe auquel on va donner une attribution de sens dans une autre interprétation.

Comme le montre l'étude « L'infirmière de référence » **le référent doit avoir 5 compétences :**

- **Compétences en lien avec la pratique réflexive** :

Analyser sa pratique professionnelle pour en dégager les divers savoirs et établir des liens entre des pratiques, des modèles et des théories.

Conceptualiser cette pratique et transmettre les éléments constructeurs de celle-ci.

[12] M.MANSON-CLOT.*L'infirmière de référence*. Recherche en soins infirmiers n°81- Juin 2005. P.28 à 55.

Elaborer une réflexion sur le sens des actes professionnels et partager celle-ci.

- **Compétences sociales et relationnelles** :

Créer une relation pédagogique avec les IDE. Développer des moyens et des attitudes qui permettent d'aider et d'accompagner.

- **Compétences pédagogiques** :

Développer les méthodologies et didactiques de la formation pratique : principe et formes, guidance, articulation et confrontation des situations.

Organiser des situations d'apprentissage et transmettre des savoirs.

- **Compétences organisationnelles** :

Comprendre les cadres institutionnels et en utiliser les différentes ressources.

- **Compétences d'évaluation et d'auto-évaluation** :

Elaborer des bilans, construire et développer son identité et sa fonction au travers de l'analyse de sa propre situation et de l'actualisation ainsi que des savoirs et des ressources.

Enfin, il doit permettre une mise en confiance de l'IDE et faciliter son apprentissage. La compétence sociale est aussi alimentée par l'engagement et la motivation dans cette pratique éducative, le plaisir de transmettre et d'encourager et la rigueur dans l'appropriation de la profession.

6. MON ENQUÊTE

6.1 Présentation

Afin de déterminer dans quelles mesures l'IADE apporte une plus value dans la prise en charge globale du patient, mon enquête s'articule autour de trois objectifs :

- déterminer les difficultés rencontrées par des IDE de SSPI au travers de certains actes et recueillir les besoins exprimés par celles-ci.
- déterminer les domaines ressource de l'IADE pour l'IDE
- évaluer l'adhésion des IDE à un binôme IADE IDE en SSPI.

Ce questionnaire doit permettre de mettre en évidence le ressentis des IADE en SSPI. Il doit déterminer par quel biais l'IADE apporte au personnel soignant infirmier une aide au quotidien, dans un soucis de qualité, de sécurité et de réglementation des soins prodigués aux patient

J'ai établi un questionnaire associant des questions fermées et ouverte s'adressant aux cadres, IADE et IDE ayant une activité en SSPI.
Le cadre de chaque SSPI a servi dans un premier temps d'intermédiaire puis il a contribué à l'enquête en répondant aux caractéristiques de la SSPI.
Pour les IADE le questionnaire doit me permettre de connaitre leur ancienneté dans la profession, les situations où leur présence est importante, leur ressenti concernant leur présence en SSPI.

Modalités de distribution :

- 33 questionnaires IDE et 19 IADE ont été distribués dans 4 SSPI :
  - 1 CHU
  - 2 CHG
- Le personnel a disposé d'une semaine pour répondre aux questionnaires.
- Au total, 20 questionnaires IDE et 13 IADE ont été complétés.

6.2 Analyse des résultats du questionnaire[13]

Les caractéristiques des 4 SSPI :

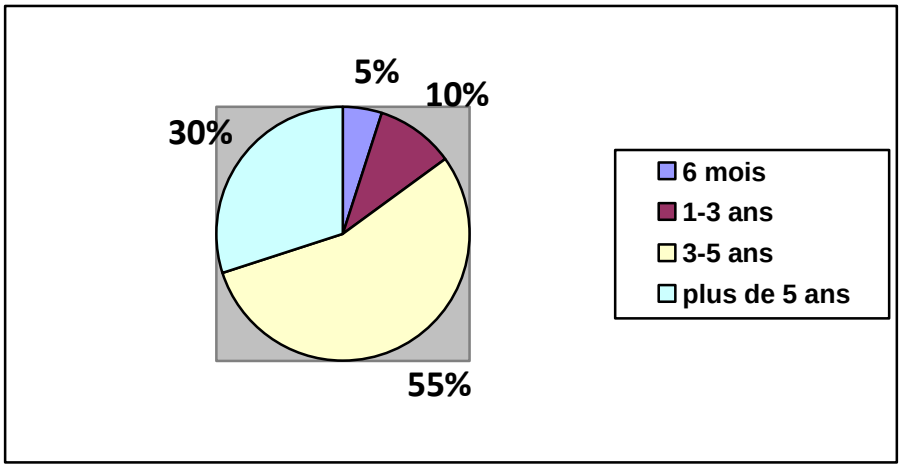
Les 4 SSPI accueillent tout type de patients mais très rarement des nourrissons, ce qui peut induire des difficultés de prise en charge et être source d'appréhension. Leurs activités variées au quotidien demandent une grande polyvalence qu'on leur reconnait mais un nombre de compétences non prévu par le Décret des IDE.

Les SSPI accueillent des patients intubés qui ont été curarisés, utilisant les curamètres et pratiquant des antagonisations.

La composition des équipes est différente selon les SSPI. Certains établissements notamment les hôpitaux régionaux ont affecté les IADE en SSPI par roulement avec le bloc. Ces constats vont influencer certaines réponses du questionnaire, et permettre de faire des corrélations lors de mon analyse.

LES IDE

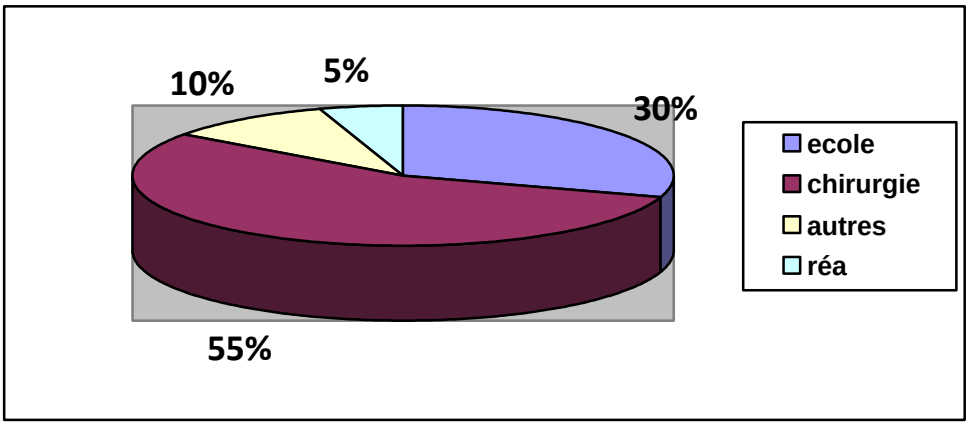
- **L'ancienneté au sein de la SSPI et le parcourt des IDE**



La SSPI est un secteur complexe de part sa variété d'activité et le matériel spécifique présent. Un temps d'adaptation est sans doute nécessaire avant d'être autonome et opérationnel. On peut constater que 55% des IDE ont entre 3 et 5 ans d'expérience et 30 % plus de 5 ans, ce qui constitue une ressource importante pour les moins expérimentés.

[13] Annexes n°1,2 et 3.

- ***<u>Avant la SSPI les IDE exerçaient</u>*** *: (question 2)*

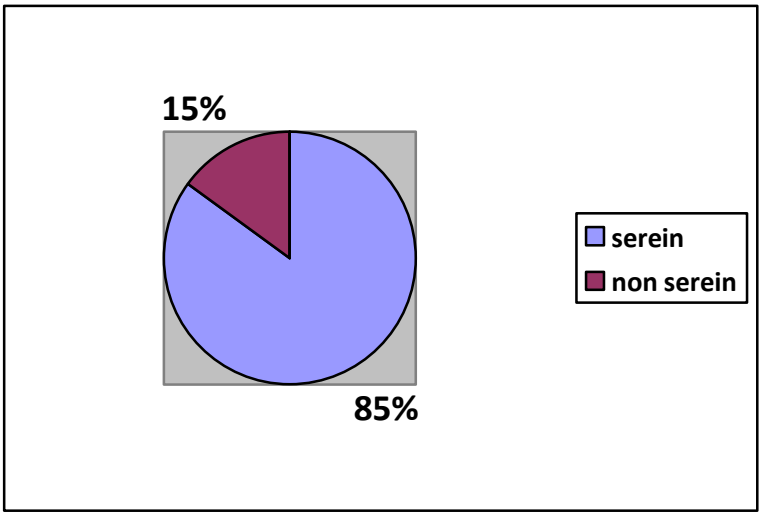


On peut constater que la majorité des IDE, soit 70 % ont exercé dans un autre secteur. Nombreux sont ceux qui ont parfois cumulé plusieurs postes avant. Ce n'est peut être pas un poste de première intention de part sa complexité.

La chirurgie semble être le secteur de recrutement des IDE car ils ont un contact permanent avec le bloc et la SSPI leur permettant de découvrir ce secteur et d'en connaitre les tenant et aboutissant. De plus, ils bénéficient de l'expérience du secteur de leur chirurgie facilitant certainement leur adaptation en SSPI.

Toutefois, 30 % des IDE sortent de l'école, ce qui n'est pas négligeable. Nous verrons si leur adaptation est plus difficile ou plus facile. L'IADE peut donc exercer son activité d'encadrement dans des domaines qui ne sont pas du ressort du rôle propre de l'IDE.

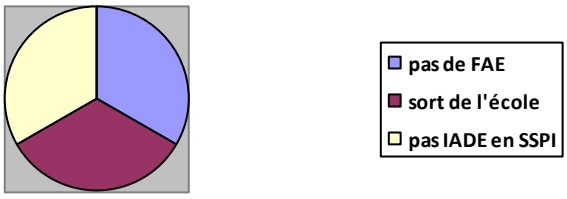
- ***<u>Les IDE sont ils sereins en SSPI</u> : (question 3)***



Cette question est très subjective. 85 % des IDE se disent « sereins » en SSPI, la plupart du temps.

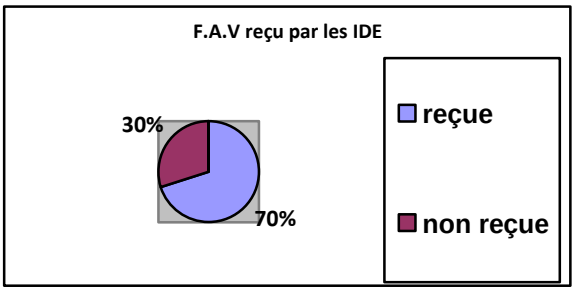
Certains IDE m'ont bien fait remarquer que le terme ne correspondait pas à ce secteur. C'est bien ce que j'attendais de cette question. En effet, de part la variété d'activité de chaque instant, la SSPI ne peut pas admettre ce terme. Cette question est toutefois très intéressante comparée aux autres réponses, car par exemple 100% des IDE ayant une expérience antérieure en chirurgie et plus de 5 ans d'expérience en SSPI se disent « sereins ». De plus, les 15% qui ne sentent pas « sereins » sortent de l'école et n'ont pas bénéficiées de la formation d'adaptation à l'emploi. Aussi, 67% des ces IDE exercent sans IADE en SSPI. On peut donc supposer que l'absence de formation, d'expérience et d'IADE ne favorise pas l'adaptation en SSPI.

Raisons de ne pas être" serein"



- ***<u>La formation adaptée à l'emploi</u> : (question 4)***

30% des IDE n'ont pas encore bénéficié de la formation. Cela représente un fort pourcentage. L'IADE a donc bien sa place pour l'encadrement des nouveaux non formés.



Les apports de la formation pour la majorité des IDE sont essentiellement basés sur l'anesthésie : approche des types d'anesthésies, des risques et surveillances liées aux produits, des conduites à tenir lors de bradycardie, ACR et chute de SPO2.

Les terrains et la chirurgie ne sont pas abordés ou ne le sont que succinctement, ce qui semble poser des difficultés dans certaines prises en charges des patients.

Les manipulations ne sont pas proposées ; les matériels ne sont pas exposés.

Les IDE ne bénéficient pas de la formation rapidement après leur arrivée. En effet, sur les six IDE n'ayant pas reçu la formation ; deux sont en poste depuis plus de 3 ans, trois ont entre 1 et 3 ans d'expérience en SSPI et un vient d'arriver.

Malgré cet apport, nous constaterons ultérieurement les difficultés qu'ils rencontrent. Cependant, elle permet un apport de connaissances ne faisant pas parties de leur formation initiale. Les IDE semblent plus « sereins » après en avoir bénéficié.

LES IADE[14]

- ***Ancienneté (questions 1, 2 et 3)***

38% des IADE le sont depuis 1 à 5 ans, 62% depuis 5 à 10 ans.

- ***Activité***

Leur activité se répartie à 55% en bloc/SSPI/garde, à 7,5% en SSPI uniquement, à 7.5% SSPI/gardes/astreintes.

On constate que la majorité est très polyvalente. Cela reflète bien l'enquête effectuée auprès des IADE par le syndicat national des infirmiers en 2001[15]. Ce contact

[14] Annexe n°3
[15] Oxymag. *L'IADE en SSPI*. N°85 Décembre 2005. P7 à 32.

permanent avec le travail au bloc opératoire permet sans doute le maintien de leur savoir et savoir faire en anesthésie.

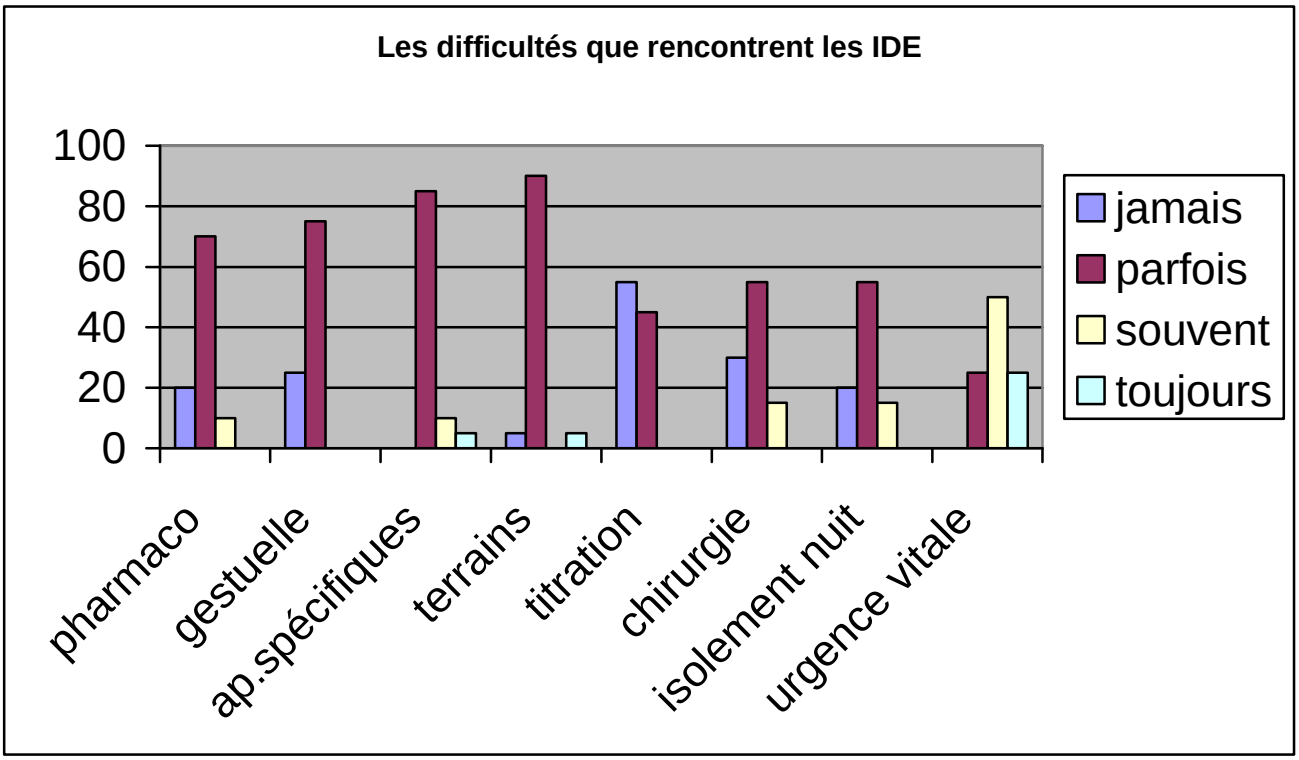
- ***Appréciation du travail en SSPI***

100% des IADE apprécient le travail en salle de réveil. Ils citent : « le réveil fait parti de l'anesthésie et constitue une étape des plus risquée ; on est plus proche des patients, cela permet d'évaluer les anesthésies, d'avoir un regard différent ainsi de s'enrichir. C'est un plus dans les prises en charge des patients, car nous avons les connaissances de notre expérience de bloc. Nous sommes une référence pour les IDE qui le désir, c'est très confortable d'exercer en SSPI en tant qu'IADE grâce à notre surplus de compétence ».

80% des IADE ne souhaitent pas être en permanence en SSPI. Les raisons sont « nous avons fait cette spécialisation pour travailler en per anesthésie ; notre place en SSPI n'est pas toujours bien définie et donc quelques fois mal vécue par les IDE. La charge de travail en SSPI est très importante comparé au bloc ». Ces propos sont très pertinents et sont certainement le résultat de la question n°10 des IDE.

- ***Les difficultés rencontrées par les IDE ; les actions qu'ils mettent en place (questions 5 et 6)***

Les IDE sont restés très prudents face à cette question qui ne me semble plus pertinente.



La difficulté majeure est de pallier à une urgence vitale pour 25% toujours et 50 % souvent. Viennent ensuite les difficultés liées au terrain et à l'utilisation d'appareils spécifiques, suivi de difficultés liées à la pharmacologie, la chirurgie et à l'isolement la nuit. Je tiens à spécifier que selon les spécialités chirurgicales pratiqués au bloc (à savoir les interventions crâniennes), 80% des IDE ont répondu être en difficulté.

Ce qui me questionne le plus est le fait que des IDE n'aient jamais de difficultés concernant la titration à la morphine à 55%, la pharmacologie à 20% et la gestuelle (extubation, ventilation au masque…) à 25%. Deux explications sont possibles. La première est très repérable puisque 100% des ces IDE ont plus de 5 ans d'expérience en SSPI aboutissant à une plus grande autonomie et à un sens clinique plus développé. La deuxième est qu'ils ont, pour une grande majorité, débuté en SSPI sans IADE. Ce vécu va influencer le reste de l'enquête.

Il est important de savoir que l'on ne peut appréhender que les risques dont on a conscience.

Aussi, face à trois situations proposées (le laryngospasme, la queue de curare et les complications suite à une ALR), on constate que l'IDE a sa place et utilise le maximum de ses compétences pour paliers à aux complications.

Cependant, ils définissent les signes en fonction de l'activité de leur site, donc par rapport à leur expérience vécue.

Cela est très parlant pour l'ALR. En effet, des ALR sont effectuées dans certaines SSPI avant l'entrée au bloc, ou en post opératoire. Leurs IDE ont une approche différente et pensent au passage systémique. Ils ont pour une grande majorité associé ALR à la rachis anesthésie. Cela est certainement influencé par leurs pratiques quotidiennes.

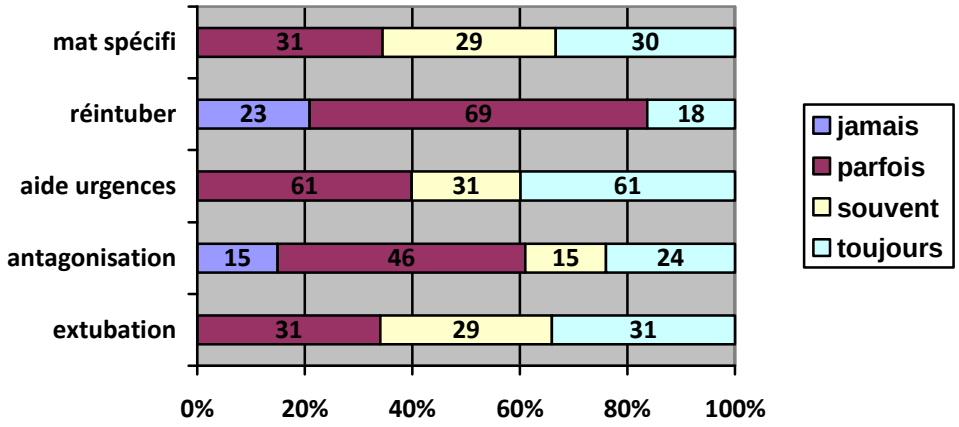
De même, pour la queue de curarisation, seulement 15% ont évoqué le curamètre, car ils n'ont pas tous la connaissance et la sensibilisation du monitorage, ils en ont pourtant tous en SSPI.

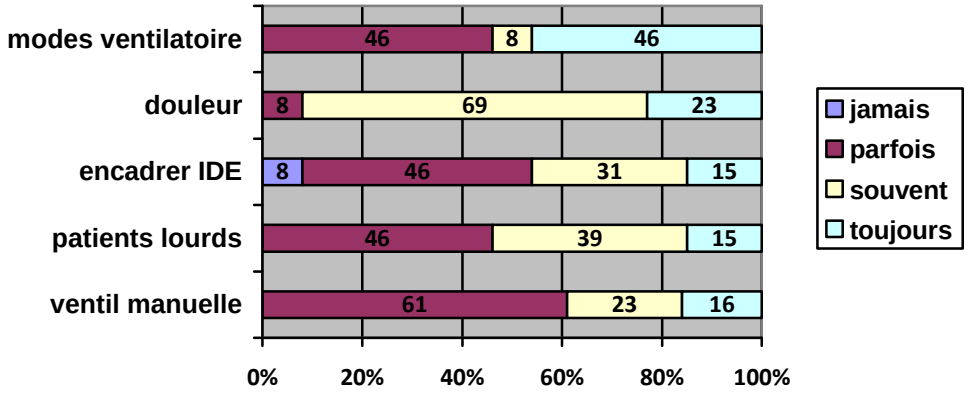
Les IDE sont donc préparés aux pratiques de leur bloc et au matériel qu'elles utilisent dans leur SSPI.

Pour 100% d'entre eux, en cas de complications, la première intention est bien l'appel du Médecin anesthésiste réanimateur.

L'IADE a une autre culture des risques et peut donc aider les IDE dans leur enrichissement.

- ***Les IADE réalisent les activités suivantes : (question 4)***



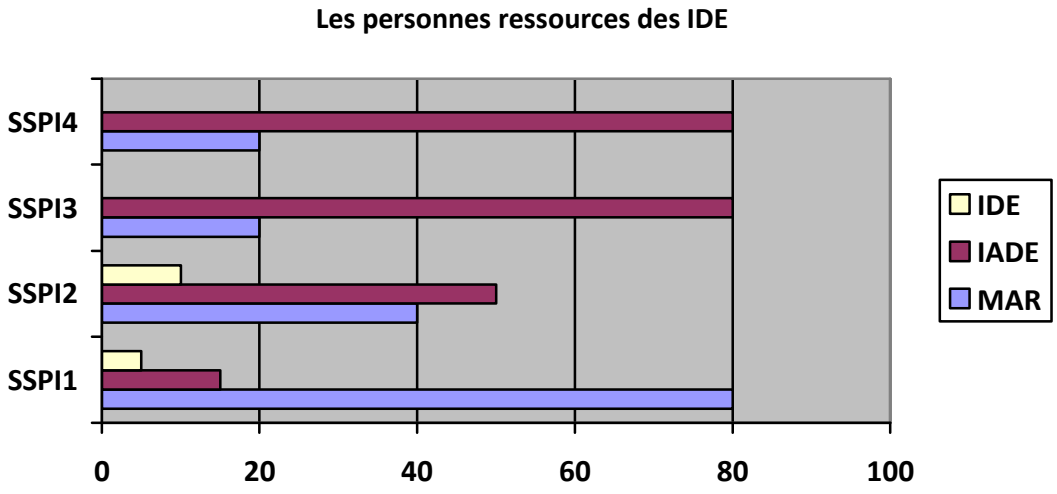


On peut constater que les IADE interviennent toujours principalement dans les situations d'urgences, pour adapter le patient au respirateur et pour la manipulation d'appareils spécifiques.

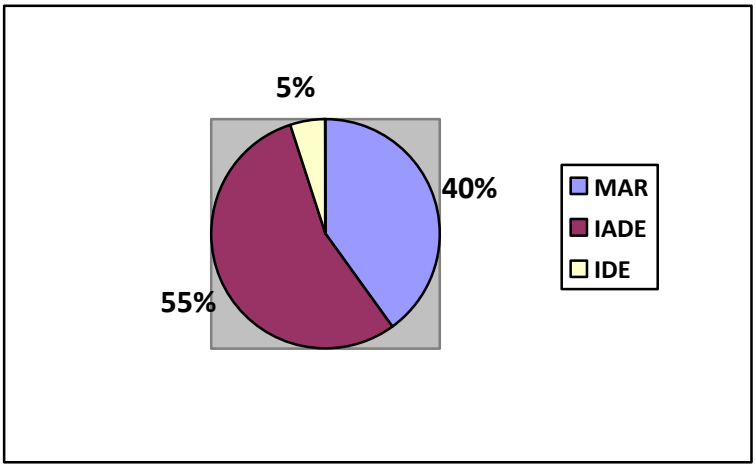
Ceci reflète bien la distinction des deux formations. Ils sont formés pour répondre, en autre, à ces activités pour lesquelles les IDE ne sont pas préparés.

De plus, ils contribuent souvent à la prise en charge de la douleur et des patients lourds ASA > III, de part leurs connaissances acquises leur permettant de faire des liens entre le terrain des patients et la pharmacologie des produits.

- ***Les personnes ressources des IDE en cas de problèmes (question 7)***

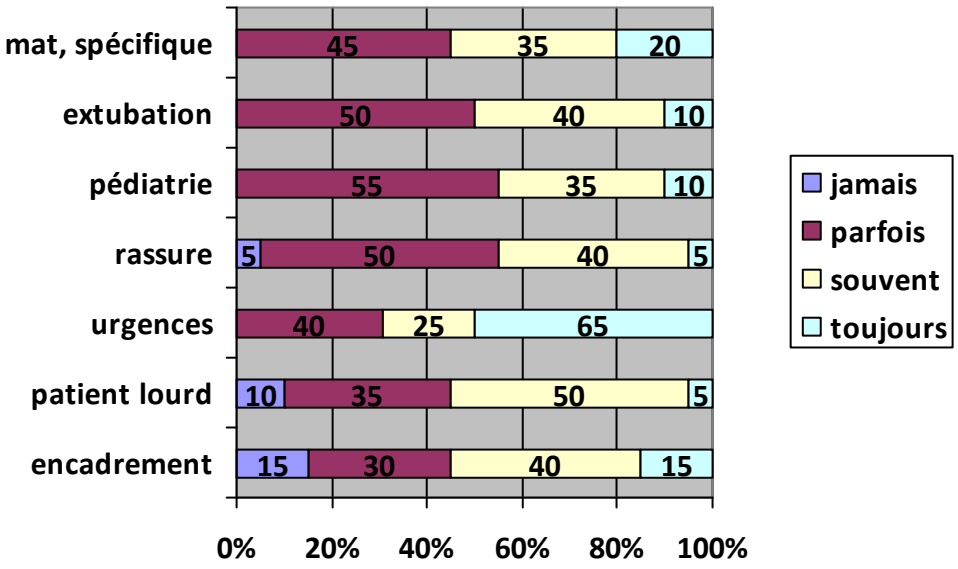


En cas de problèmes, les IDE font appel à des acteurs différents selon le fonctionnement de leur SSPI.



Toutefois, 55% des IDE s'adressent aux IADE en cas de soucis. L'IADE est donc bien une personne ressource.

- ***Selon les IDE : l'IADE est une ressource pour (question n°8)***



Selon les IDE,

L'IADE rassure par sa présence en contribuant à la prise en charge des urgences vitales, à l'encadrement et à l'utilisation de matériel spécifique en SSPI.

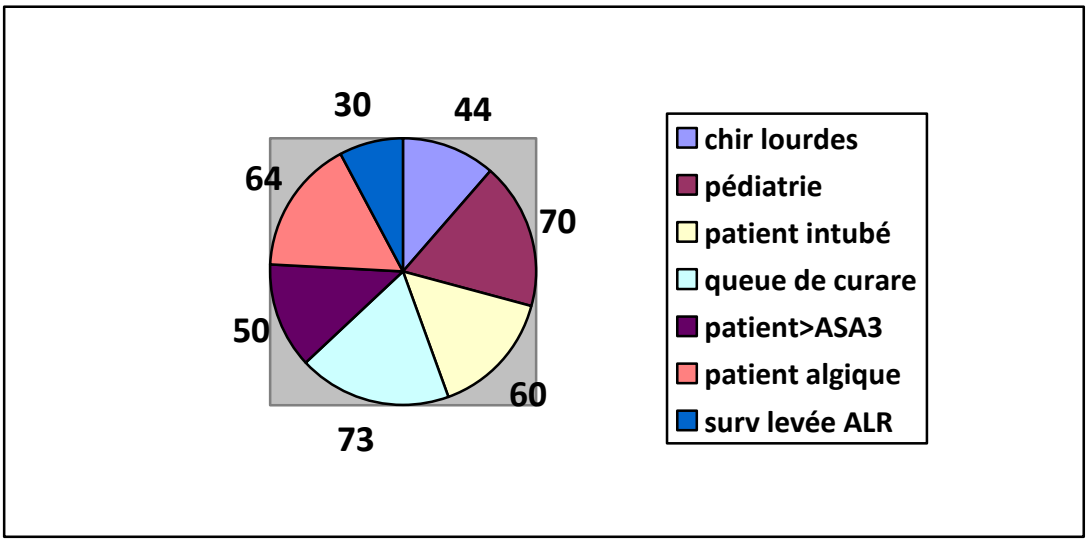
Ce fait reflète les pourcentages des questions 3, 5 et 8 des IDE, ainsi que la question 4 pour les IADE.

A savoir, 15% des IDE déclarent ne pas être « sereins » en SSPI et 15% attribuent une fonction d'encadrement à l'IADE qui eux même s'attribuent toujours cette fonction pour 15%.

De même, face à l'urgence vitale, 61% des IADE considèrent que c'est une activité qui leur est bien dévolue et 65% des IDE lui attribuent.

- ***Perception des IADE sur l'importance de leur travail dans certaines situations (question 5)***

J'ai demandé aux IADE de numéroter les situations de la plus importante selon eux à la moins importante. J'ai ensuite mis en place un scoring de 7 à 1 (7points pour la situation qu'ils considèrent la plus importante et 6 points pour la seconde….). Je tiens à préciser que certains IADE ont nommé toutes les situations n°1, considérant que selon l'activité en SSPI ils se sentent chargé de mission au même titre pour toutes les situations proposées. J'ai donc du attribuer 7 points à toutes les réponses à deux reprises.

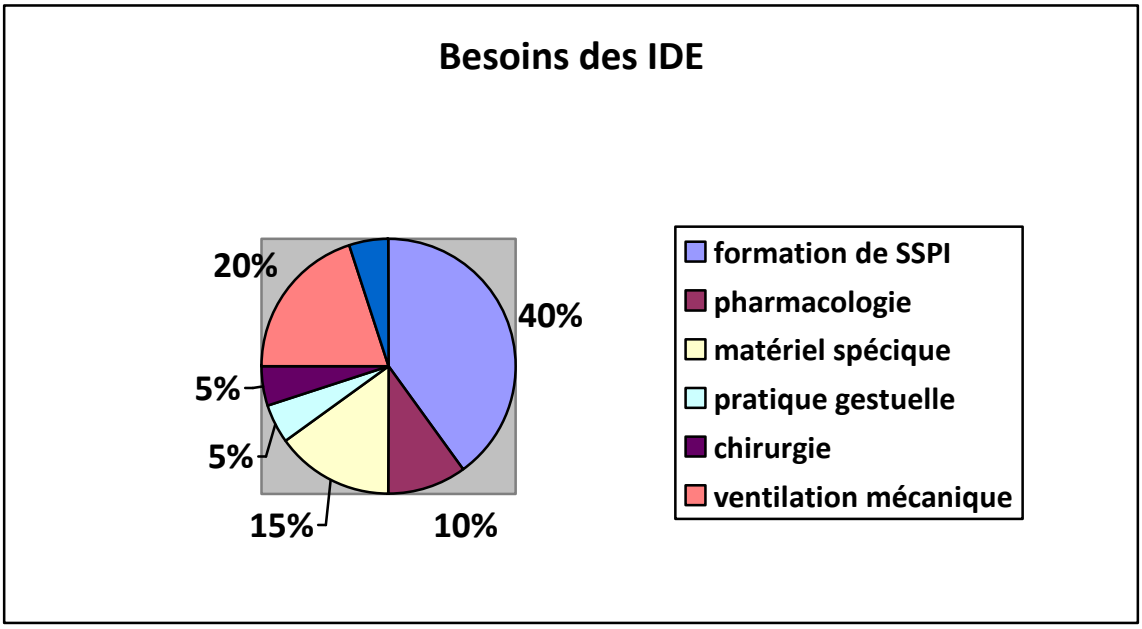


On remarque que la curarisation résiduelle et la pédiatrie arrivent en première intention dans leur activité, car cela demande à la fois des connaissances spécifiques en pharmacologie (dosage, dilution adapté), mais aussi et surtout une maitrise de matériel adapté et spécifique.

En seconde intention, le patient intubé et la prise en charge de l'analgésie est une de leur préoccupation permanente. L'IADE est le professionnel qui est habilité à extuber les patients. Il connait les critères d'extubation, la pharmacocinétique des produits et peut réintuber le patient en cas de complication.

Les chirurgies lourdes et la surveillance de la levée des ALR arrivent en dernière intention, activité dans lesquelles les IDE semblent ne pas avoir de difficulté.

- ***<u>Ce qui manque aux IDE aujourd'hui (question 4 des IDE annexe 2)</u>***



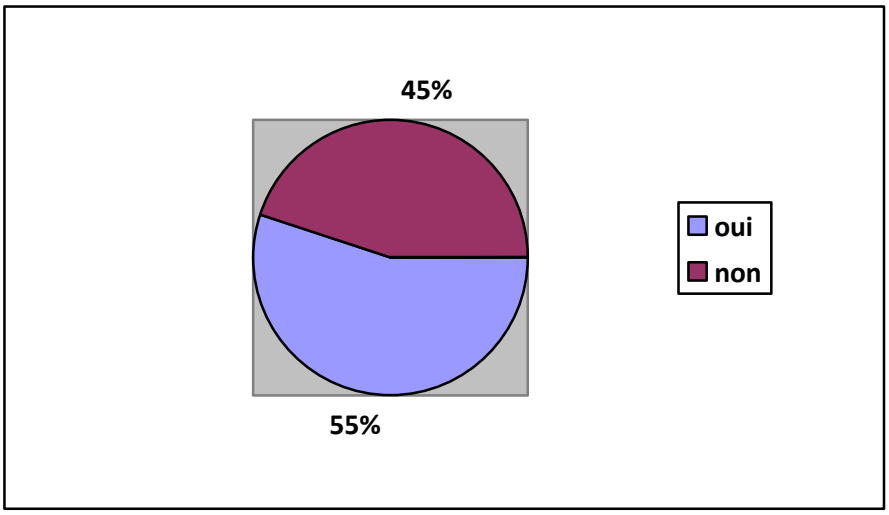
Ils ont été 75% à répondre à cette question. On peut rapprocher ce chiffre au fait que 30% des IDE ont plus de 5 ans d'expérience. Il semble donc qu'après un certain temps passé en SSPI, ils ne soient plus en attente de connaissances supplémentaires.

Toutefois, 75 % des IDE ont un manque de connaissance et des attentes concernant :

- La formation pour 40%, ce qui correspond bien au taux d'IDE n'en ayant pas bénéficié. Le besoin de connaissance en ventilation pour 20% et en matériel spécifique pour 15 %. En somme un savoir technique qui est bien spécifique à l'anesthésie.

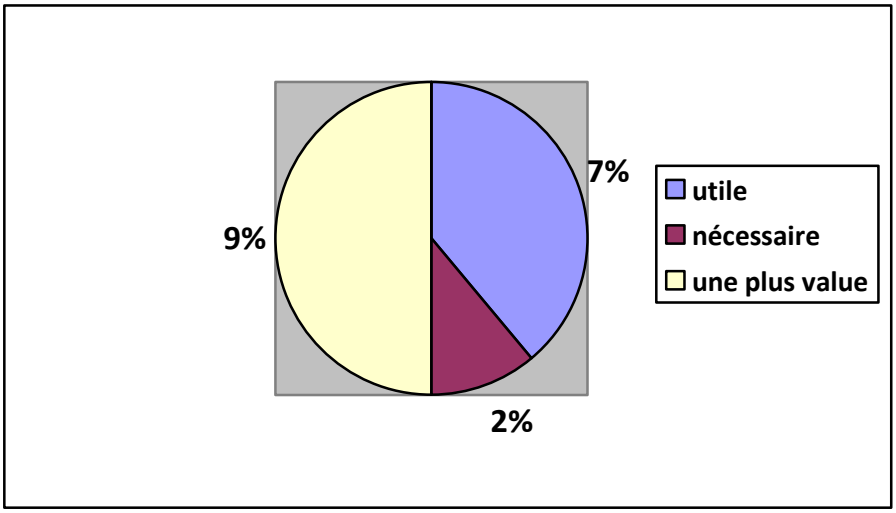
- Les IDE semblent donc ne pas pouvoir toujours interpréter des données ou croiser des informations paracliniques pour détecter des complications éventuelles. L'IADE peut donc répondre à ces besoins ponctuels et individuels.

- ***Les IDE sont - ils favorables à un binôme avec un IADE au quotidien ? (question 10)***



100 % des IDE ne bénéficiant pas d'IADE en SSPI sont favorables. L'IADE est donc bien reconnu. Les IDE ayant un IADE en permanence n'ont peut être plus conscience des difficultés grâce à la présence permanente de ce dernier.

Selon les IADE leur présence en SSPI est : (question n°6)



Je n'ai pas déterminé de pourcentage mais le nombre de fois qu'a été coché le qualificatif. On constate que les IADE se retrouvent en majorité dans la qualification de « plus value ».

- ***Enfin, à la question « que pouvez-vous dire du poste en SSPI ? » : (question n°7)***

Les réponses sont les suivantes :

- Nôtre présence permet de gérer les situations en urgence.
- Les IDE n'ont pas toutes les notions du risque.
- Certains IADE ne venant jamais en SSPI pensent que d'y être affecté est une punition.
- Nous y trouvons naturellement notre place car l'activité fait partie intégrante de l'anesthésie.
- Il est très important d'avoir une expérience de bloc antérieur et de la conserver, ce qui permet le maintien des compétences.
- Occasionnellement la SSPI c'est bien.
- Nôtre présence est un gage de sécurité pour les patients.

Synthèse de l'enquête :

A travers ce questionnaire, j'ai mis en évidence différents points, à savoir :

- La SSPI est un service particulier nécessitant du personnel expérimenté pour répondre aux exigences des prises en charges.
- Les IDE de SSPI ne sont pas toujours formés au travail de la SSPI. Les IDE qui le sont rencontrent des difficultés dans leurs activités quotidiennes.
- Le manque d'expérience majoré par l'absence d'IADE à leur côté ne permet pas un travail en toute « sérénité ».

Il ressort que les connaissances en anesthésie concernant les produits, le matériel spécifique, les terrains, les chirurgies sont essentielles pour une prise en charge globale d'un patient en post opératoire.

L'IADE par sa présence au quotidien peut contribuer à l'acquisition de nouvelles connaissances pour les IDE, facilitant ainsi leur activité.

L'IADE est une personne ressource. En effet, les IDE trouvent un bénéfice par sa présence à leurs côtés. Ceci s'explique par le surplus de compétences acquis lui permettant de s'investir dans différentes tâches.

L'IADE est un gage de sécurité et de qualité de soins pour les patients et permet au membre du personnel de bénéficier de son expertise dans le domaine de l'anesthésie.

La grande majorité des IADE qualifient leur présence en SSPI de plus value et d'utile. Ils ressentent de toute évidence les besoins des IDE. Ils ont toutefois bien stipulé que le maintien de leurs compétences ne peut se faire qu'avec l'existence d'une polyvalence par une activité per opératoire.

Cependant, cette enquête a fait ressortir certains éléments que je n'avais pas pris en comptes. A savoir que les IDE qui ont de l'expérience en SSPI ne semblent pas trouver un intérêt à la présence d'un IADE à leur côté.

Ceci vient certainement du fait que, la multiplicité des conceptions du rôle de l'IADE s'explique en partie par les disparités de représentations de l'identité de l'IADE, par lui-même et par les autres soignants, face à une situation nouvelle non expérimentée. Il est primordial d'accepter l'autre, de lui reconnaitre sa place.

Comme le cite Michel HUTEAU[16] qui définit la notion de représentation comme : « Un ensemble d'idées que les gens ont sur les métiers en les schématisant. Cet ensemble de connaissances est chargé affectivement et contient des attitudes, des opinions, des jugements, des investissements. Il est également un ensemble dynamique qui se modifie au fur et à mesure des contacts ».

[16] HUTEAU Michel. « *La psychologie du travail* » édition d'organisation 2003. 582 P

7. MON PROJET PROFESSIONNEL

Au regard de l'analyse de mon enquête, je pense que l'IADE est une plus value en SSPI. Sa présence permet de répondre aux besoins des IDE et contribue à une prise en charge de qualité du patient par un encadrement des soins. Sa disponibilité contribue à la gestion des situations peu fréquentes, d'où un regain de sécurité pour le patient et l'équipe.

La formation permanente que peut apporter l'IADE permet de former le personnel sur des situations concrètes vécues au cours de l'activité quotidienne. Un apport de connaissances théoriques de base concernant le réveil permet d'adapter leur prise en charge au terrain du patient, à la chirurgie et au type d'anesthésie

En fonction des demandes, l'IADE peut exposer sur des thèmes bien précis (faite auprès de l'IADE, du cadre ou encore du MAR), par exemple sur les nouveaux respirateurs ou encore la découverte de la pharmacologie des produits anesthésiques. Il y est préparé car durant sa formation il a du faire l'exposer de ses recherches à de nombreuses reprises.

Ces informations se trouveront dans un classeur en SSPI que chacun pourra consulter à sa guise.

L'IADE est un interlocuteur privilégié entre les IDE, le MAR et le cadre.

En tant que futur IADE, je tiens à toujours être à l'écoute des IDE afin de répondre à leurs besoins, en privilégiant des temps d'échange, en créant un fond de documentations consultable pour tous, dont le contenu sera supervisé par les médecins réanimateurs en accord avec le cadre du secteur.

En somme, je propose un IADE référent en SSPI pour les IDE.

L'une des caractéristiques fondamentales du « référent » est la dimension de solidarité à travers l'enseignement, l'accompagnement, afin de les aider dans des situations souvent déstabilisantes. L'IADE a la compétence car il a la combinaison de

ressources telles que l'utilisation de savoir, savoir-faire, qualités, expériences, moyens et réseau relationnel.

Le fait d'être référent n'impose pas aux IDE un encadrement permanent mais à la demande, en fonction de leurs besoins, des sollicitations ou encore après des incidents recencés.

Pour remplir sa mission, il doit pouvoir bénéficier d'un temps spécifique pour répondre aux besoins des IDE.

L'IADE référent doit surtout au-delà de son expérience être capable de se remettre en cause, de réajuster ses discours et accepter la critique de l'autre. C'est l'expérience qui permet d'aboutir à cette réflexion.

Un référent a besoin d'une formation pédagogique, d'un partenariat avec l'école, d'un temps détaché ainsi que d'une personne dans l'équipe de SSPI pour faire le lien avec l'IADE.

CONCLUSION

Le réveil fait parti intégrante de l'anesthésie. La SSPI n'est pas une entité surgissant au milieu de nulle part mais une étape dans le processus opératoire. C'est une période à haut risque où sont imbriquées les conséquences de l'anesthésie et de la chirurgie sur des terrains variés. La maturité sous contrôle des SSPI a permis de diminuer de façon notable la mortalité et la morbidité liées à l'anesthésie.

Les IDE sont la catégorie de personnel la plus représentée, y pratiquant des soins de qualité dont le rôle essentiel est la surveillance clinique et monitorée des grandes fonctions vitales. Aussi, certaines activités requièrent des connaissances et des compétences plus approfondies en anesthésie que leur formation initiale n'apporte pas. Ils bénéficient de ce fait de la formation adaptée à l'emploi. Toutefois, malgré cette formation, mon enquête a démontré que les IDE rencontrent des difficultés au travers des activités bien particulières engendrant des besoins.

Pour cette raison et au regard de mon vécu en SSPI en tant qu'IDE, j'ai décidé d'axer mon mémoire sur la plus value de l'IADE en SSPI.

La présence de l'IADE constitue un atout majeur en matière de prise en charge des patients. Sa compétence trouve son application en termes d'anticipation face à l'interprétation de signes cliniques et monitorés. Il permet en cas de survenue de situations peu fréquentes de mettre en place des actions dans l'attente du MAR. Il permet d'encadrer les IDE, en les aidant à résoudre leurs difficultées, développant ainsi un sentiment de sécurité en optimisant les soins dans un environnement serein.

Toutefois, les IADE précisent que leur présence en SSPI ne peut se détacher de leur activité per opératoire. Ils ont besoin de maintenir leur savoir en anesthésie et savoir faire pour être performant et s'épanouir.

Mon projet professionnel est qu'un IADE ou des IADE soient « référents » auprès des IDE de SSPI.

Il pourrait ainsi intervenir ponctuellement en fonction des demandes des IDE. Cela ne serait possible qu'après accord des cadres. De plus, une réunion entre IDE et IADE permettrait de définir et d'expliquer les tâches qui incombent à chacun dans une recherche permanente d'amélioration de la qualité des soins prodigués au patient.

Cependant, il faut être conscient que la place et le rôle qui est dévolu à l'IADE en SSPI, en interaction avec les IDE et les MAR est déterminé par les acteurs en présence et la représentation que chacun se fait de son identité professionnelle. J'espère pour cette raison que ce mémoire pourra permettre aux futurs IDE de SSPI ainsi qu'aux cadres d'anesthésie de promouvoir la présence d'IADE référents en SSPI.

Toutefois, quels IADE sont motivés pour répondre à cette fonction ? Sachant que la motivation est « une attitude, un état d'esprit fondé sur l'intérêt que l'on porte à ce que l'on fait. Elle implique une proximité émotionnelle et provoque une satisfaction personnelle. Elle n'est pas le fruit d'une décision venue d'ailleurs : elle nait, se développe grâce aux satisfactions expérimentées par la personne elle-même ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Textes législatifs et règlementaires :

- Décret n°94-1050 du 5 Décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, n° 284, du 8 décembre 1994, p 17383.
- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la santé publique relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel, n°183, du 8 aout 2004, p 14150.
- Décret n°2002.194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel, n°40 du 16 février 2002, p 3040.
- Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux. Journal officiel, n°239, du 3 octobre 1995, p 14932.
- Arrêté du 28 septembre 2001 relatif au programme de formation des infirmiers diplômés d'état. Journal officiel, n°230 du 4 octobre 2001. Texte n°7 P15691.
- Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste. Journal officiel, n°28 du 2 février 2002, p 2205.

2. Ouvrages :

- Action Santé. « *Le guide de l'infirmière en salle de réveil »l*. Rueil – Malmaison : Lamarre, 2004.p 59-193.373 P
- ALDERSON.M. « *Approche psychodynamique du travail infirmier »*. janvier 2002 p 13-14.

- HUTEAU.M. « *La psychologie du travail* ». Editions d'organisation, 2003. 582 P.
- Haut comité de la santé publique. « *Rapport de sécurité anesthésique* ». Editions Ecole Nationale de la santé publique, novembre 1993. P 65. 122 P.
- Conseil de l'ordre des médecins. *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* : du 14 décembre 2001. Edition avril 2002. P 13.

3. Revues :

- Thierry SAINT MARC. *L'IADE en SSPI.* Oxymag - n°85, Décembre 2005. P4 à 12. P7. 32P
- Haut Comité de la Santé publique. *Rapport de Sécurité Anesthésique de Novembre 1993*. Actualité et dossier en santé publique, n°6, mars 1994. P. 39-40
- Laurence BALAGNY. *L'infirmière en salle de réveil*. Revue de l'infirmière, n°18, novembre 1987. P.33 à 35.
- M.MANSON-CLOT. *L'infirmière de référence*. Recherche en soins infirmiers n°81, juin 2005.p28 à 55.

4. Recommandations professionnelles :

Site internet

- SFAR. *Recommandations concernant le rôle de l'IADE*, 1er édition janvier 1995 : Disponible sur : http://sfar.org (consulté le 02/01/09)
- SFAR. *Recommandations concernant la surveillance et les soins post anesthésiques 2ème édition*, septembre 1990-1994 : Disponible sur : http://sfar.org (consulté le 02/01/09).
- SFAR. *Anesthésie en France en 1996*. Lettre n°10. Disponible sur : : http://sfar.org/trois jours.htm (consulté le 06/01/09).

ANNEXE N°1

Caractéristiques de la SSPI

ANNEXE N°2

QUESTIONNAIRE IDE

ANNEXE N°3

QUESTIONNAIRE IADE

Mme Godet sandrine

Elève I.A.D.E 2ème Année

Institut de formation de REIMS

Villers Marmery, le 23 mars 2009.

Monsieur Madame, Cadre de santé de la SSPI.

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude qui se nomme « L'IADE une plus value en SSPI ». Je me permets de vous solliciter pour permettre la diffusion de mon questionnaire au sein de vôtre équipe paramédicale de SSPI. Ce questionnaire restera anonyme.

En tant que Cadre du secteur pourriez vous répondre à la première partie de mon enquête à savoir « les caractéristiques de la SSPI ».

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

Merci de me retourner les questionnaires au plus tard le 30 mars 2009, dans l'enveloppe si jointe.

Caractéristiques de la SSPI

1. **La SSPI est-elle** ? O Intra bloc O Extra bloc

2. **La SSPI accueille** :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Des nourrissons				
Des enfants				
Des adultes				
Patients (coronariens, insuffisants respiratoires…				

Autres (précisez) :

3. **Les patients ont bénéficiés** :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Chirurgie digestive >3 heures d'intervention				
Chirurgie orthopédie				
Chirurgie ambulatoire				
Chirurgie vasculaire artérielle				
Chirurgie gynécologique, urologique				
Chirurgie ORL Urgences chirurgicale				
Chirurgie cranienne				

4. **Réalisez vous les activitées suivantes ?**

Activités	jamais	Parfois	souvent	Toujours
Surveillance patient intubé				
Extubation				
Surveillance de patient extubé				
Antagonisation et monitorage des curares				
Titration morphine				
Surveillance ALR sans sédation				

Elève IADE de 2ème année en formation à REIMS, dans le cadre de mon travail de fin d'étude dont le thème est « L'IADE une plus value en SSPI », je me permets de vous solliciter à travers ce questionnaire de 4 pages qui est et restera anonyme.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

IDE

1. **Vous exercez en SSPI depuis:**

O < 1 an O 1 à 3 ans O 3 à 5 ans O > 5ans

2. **Quels ont été vos postes précédents service de :**

O réanimation O Chirurgie O médecine

O urgence

Autres :

3. **Etes - vous serein au sein de vôtre fonction en SSPI ?**

O Oui O non, pourquoi ?

4. **Vous avez bénéficié de la formation d'adaptation à l'emploi que vous a-t-elle apporté ?**

Connaissances sur les terrains O coronariens O BPCO

Connaissances en anesthésie O produits O matériels spécifiques O risques

Connaissances en chirurgie O spécialités O drainages O risques

Action à mettre en place face O ACR O bradycardie O chute SPO2

5. **Rencontrez vous des difficultés concernant :**

Souvent =plusieurs fois par semaine

Toujours = chaque jour

Difficultés	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Concernant la pharmacologie des produits d'anesthésie. Ex : selon le curare ou le narcotique utilisé				
Dans la gestuelle ex : ventilation au masque Extubation, aspiration				
Dans la manipulation d'appareils spécifiques : Curamètre, PA sanglante, respirateurs…				
Face aux terrains : pédiatrie, coronariens, Surveillance BPCO				
Lors de titration morphine				
Dans la surveillance de chirurgies spécifiques :				
Face à un isolement la nuit				
Face à l'urgence vitale				

Autres :

6. **Face aux complications que vous pouvez rencontrer, énoncer pour les trois cas cités leurs signes et vos actions :**

Un laryngospasme

Une queue de curare

Les complications lors d'une ALR

7. **Quelles sont les personnes à qui vous faites appel en cas de problème ?**

	1ère intention	2nd intention	3ème intention
IADE			
MAR			
IDE expérimenté			

8. **L'IADE est une ressource pour vous :**

A travers	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Encadrement IDE				
Prise en charge du patient lourd				
Pallier aux urgences vitales				
Rassurer de par sa présence				
Prise en charge de la Pédiatrie				
L'extubation				
Utilisation de matériel : respirateur, TOF, PA sanglante				

9. Que vous manque t il encore aujourd'hui ?

10. Serriez vous favorable d'un binôme IDE/IADE quotidien ?

O Oui O non pourquoi ?

Elève IADE de 2ème année en formation à REIMS, dans le cadre de mon travail de fin d'étude dont le thème est « L'IADE une plus value en SSPI », je me permets de vous solliciter à travers ce questionnaire de 3 pages qui est et restera anonyme.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

IADE

1. **Depuis combien de temps êtes-vous IADE ?**

   O 1 an a 5 ans O 5 à 10ans O >10 ans

2. **Votre activité :**

   SSPI uniquement O

   Bloc //SSPI //gardes O

   SSPI // gardes O

3. **Appréciez – vous le travail de SSPI ?**

   Oui O non O (Argumenter votre réponse)

4. **E n SSPI vous réalisez les activités suivantes :**

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Extubation				
Antagonisation				
Aider aux urgences vitales				
Réintuber				
Ventilation au masque				
Prendre les patients les plus « lourds »				
Encadrer les IDE				
Aider à la prise en charge de la douleur				
Surveillance et adaptation des différents modes ventilatoires				
Matériel spécifique (curamètre,PAI…)				

Autres : précisez.

5. **Votre travail à une importance dans les situations (numéroter par ordre d'importance)**

Chirurgies >4 heures au boc ?

Pédiatrie ?

Patient intubé sous VC ?

Curarisation résiduelle ?

Patient ASA 3 ou 4 ?

Patient très algique ?

Surveillance de levée d'une ALR ?

6. **Selon vous en SSPI votre présence est :**

?Utile ?nécessaire ?une plus value ?inutile

7. **Que pouvez - vous dire du poste d'IADE en SSPI ?**

GODET	Sandrine	Juin 2009

INFIRMIER ANESTHESISTE
Promotion 2007-2009

L'IADE EN SSPI UNE PLUS - VALUE

Résumé :

La phase de réveil est une partie intégrante de l'anesthésie. Elle comporte de hauts risques de complications.

L'activité de la SPPI est régit par un cadre réglementaire qui fixe sa structure et son personnel qualifié.

Quand l'activité de SSPI tend à dépasser les compétences de l'IDE, l'IADE apparait être un atout supplémentaire dans certaines situations pour la prise en charge globale du patient.

Mes investigations auprès de professionnels de SSPI de trois centres hospitaliers tentent de déterminer cette « plus-value » et aboutissent à mon projet professionnel qui vise à positionner l'IADE en terme de « référent ».

Mots-clés :
Référentiel de compétences - pratiques de soins - référent - surveillance soins - relation entre soignants – équipe soins.

L'école d'Infirmier Anesthésiste du C.H.U de reims n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteurs.