ECOLE REGIONALE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

PRESENCE IADE EN SSPI : UNE PLUE VALUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ?

Par

Martine VALDELIEVRE

Sous la direction de

Dr Didier Baudouin

Médecin Anesthésiste Réanimateur – CHRU de Poitiers

Mme Marie Caroline CARD

Infirmière Anesthésiste Diplômé d'Etat – CHRU de Poitiers

Septembre 2016

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

GLOSSAIRE

SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
EIADE	Etudiant Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MAR	Médecin Anesthésiste Réanimateur
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
SNIA	Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

Table des matières

INTRODUCTION 1

1 / METHODOLOGIE 3

Le type d'étude 3

1.1.Etude descriptive 3
1.2 Etude rétrospective 3
1.3 Etude transversale 4

2 / RESULTATS 5

2 .1 Questionnaire 5

2.1.1. Population (question 1 et 2) 5
2.1.2 Complications post opératoires en SSPI (question 3) 5
2.1.3 Apport présence IADE en SSPI. (Question 4, 5, 6, 7 et 8) 6
2.1.4 Compétences IADE utiles en SSPI (question 9) 7
2.1.5 Respect strict du score de sortie de SSPI (question 11) 9
2.1.6 Présence nécessaire d'un MAR en SSPI (question 12) 9
2.1.7 Formation IDE de SSPI (question 13 et 14) 9
2.1.8 La présence d'un IADE pour l'encadrement des EIADE (question 15) 10
2.1.9 Présence IADE en SSPI (question 16) 10

2.2 Résultats d'une analyse rétrospective de données extraites du logiciel DIANE 11

2.3 Résultats annexes pour l'élaboration de la fiche de poste IADE en SSPI. 13

3 / DISCUSSION 14

QUELQUES RAPPELS SUR LA SSPI 14
FORMATION 18
DEMOGRAPHIE MAR 19
DELEGATION ET TRANSFERT DE TACHES 20
CONTRAINTES INSTITUTIONNELLES 20

4 / CONCLUSION 22

5 / BIBLIOGRAPHIE 23

6 / ANNEXES 25

INTRODUCTION

La salle de réveil, appelée Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) depuis le décret du 5 décembre 1994(1) accueille pendant une durée plus ou moins longue, les patients ayant subits une intervention chirurgicale. Son rôle est d'accueillir le patient en toute sécurité, de veiller au maintien des grandes fonctions vitales, de prévenir et traiter les éventuelles complications, enfin de prendre en charge la douleur.

Dans le cadre d'une démarche qualité, la sécurité du patient est notre maître mot. La loi du 4 mars 2002 lui reconnaît un certain nombre de droits dont la sécurité en anesthésie et la prise en charge de la douleur.

Les progrès techniques sont tels que les chirurgiens opèrent de plus en plus de patients qui hier encore auraient été récusés. Les âges extrêmes de la vie ne sont plus un obstacle, la multiplication des facteurs de risques non plus. Parallèlement, la prévalence de certaines pathologies ne cesse de se développer malgré des politiques de prévention. Ainsi, la population qui fréquente les SSPI, est le reflet de cette multitude. En trente ans, le nombre d'anesthésies a été multiplié par deux, et les complications ont été divisées par dix.

Spécialisé en anesthésie, l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) a vocation de part sa formation, à répondre à cette exigence. Longtemps cantonnée au bloc opératoire, la fonction IADE subit de profonds changements. Est ce pour cela que la polyvalence de notre fonction est réactualisée ? Il est désormais possible de trouver des IADE en SMUR, certains articles de la littérature professionnelle parlent même d'IADE aux consultations d'anesthésie. Qu'en est-il de la SSPI ?

Le réveil fait partie de l'anesthésie et constitue même le moment le plus périlleux. Selon les politiques institutionnelles, les patients peuvent être extubés sur table ou en SSPI. Comment peut-on alors justifier la sécurité du patient sans un personnel dont c'est le corps de métiers ?
Au cours de notre formation, un stage en SSPI est obligatoire. Ce stage de première année permet d'appréhender un certain nombre de problématiques liées aux conséquences de l'anesthésie et de la chirurgie.

Notre réflexion s'est ainsi fixée comme objectif de déterminer la plus value que pouvait apporter un IADE en SSPI quelque soit l'établissement (Centre Hospitalier ou Centre Hospitalier Universitaire) en terme de sécurité du patient.

Concernée directement par cette problématique puisque je vais prendre un poste d'IADE prochainement, il me paraît opportun à l'occasion de ce travail, de faire le point sur la place de l'IADE en SSPI dans un contexte actuel où les maîtres mots sont accréditation, qualité des soins, sécurité,… Il conviendra de préciser quels sont les objectifs d'une SSPI, quelles compétences IADE sont utiles en SSPI et quels avantages peut-on en retirer pour la sécurité du patient. De là, nous pourrons déterminer si la présence d'IADE en SSPI se justifie.

1 / METHODOLOGIE

L'objectif de ce mémoire est de démontrer si l'activité d'une SSPI nécessite ou non la présence d'un IADE (compétences spécifiques liées à sa formation : anesthésie, urgences, douleur) en terme de sécurité du patient.

Le type d'étude

Etude descriptive

Elle est descriptive pour la partie questionnaire remis aux professionnels du Centre Hospitalier de Bourges et du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (annexe I).
Un questionnaire a été remis nominativement à chaque Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR), IADE, Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) des Centres Hospitalier (CH) et Centre Hospitalier Universitaire (CHU), ainsi qu'aux Etudiant Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (EIADE) de l'Ecole Régionale d'Infirmier Anesthésiste de Poitiers.
Les réponses ont été récupérées dans différentes enveloppes collectives placées auprès des professionnels concernés afin de respecter l'anonymat de leurs réponses.

❖ **Ce questionnaire** portait sur : le lieu d'exercice, la catégorie professionnelle, la prise en charge de complications en SSPI, les compétences IADE par rapport à la gestion de l'urgence, les flux de patients en SSPI, la prise en charge d'un patient intubé, ainsi que l'application des critères de sortie de SSPI, la présence d'un MAR en SSPI, l'encadrement des EIADE, la présence IADE en SSPI.

Etude rétrospective

Pour une analyse plus précise et plus simple, deux établissements (CH de Bourges et CHU de Poitiers) ont été retenus car ils disposent tous les deux de la même base informatique de traçabilité des activités de blocs et de SSPI, le Logiciel DIANE. Les données ont été recueillies du 1er janvier au 31 décembre 2015.
Certaines données pouvant être nominatives, cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Critères d'inclusion

- Tous les patients ayant reçus une anesthésie et devant passer en SSPI quelque soit la discipline chirurgicale,
- Populations adulte et pédiatrique,
- Tous types d'anesthésie.

Critères de non inclusion :

- Patients hors bloc (IRM), bloc cardio-thoracique
- Accouchement sans complications (salle de naissance),
- Anesthésie locale pure ne relevant pas d'une surveillance anesthésique.

Critères d'exclusion

- Dossiers patients non renseignés ou avec des données inexploitables.

⇒ **Recueil de données à Bourges** :

- Durée moyenne de séjour en SSPI selon les spécialités.

⇒ **Recueil de données à Poitiers :**

- Durée moyenne de séjour en SSPI, durée moyenne de séjour en SSPI pour la pédiatrie, le nombre d'extubation par mois, le type de complications relevées, plages horaires d'occupation de la SSPI, nombre d'entrées et sorties de SSPI par plages horaires.

Etude transversale

Elle est transversale car elle s'intéresse plus particulièrement à la population de SSPI. (adulte et pédiatrie)

2 / RESULTATS

2 .1 Questionnaire

2.1.1. Population (question 1 et 2)

Sur les 134 questionnaires envoyés au total aux différents professionnels (MAR, IADE, EIADE et IDE) 67 n'ont pas été retournés, 67 ont été remplis et ont servi de base à notre étude soit 50 % de taux de participation.

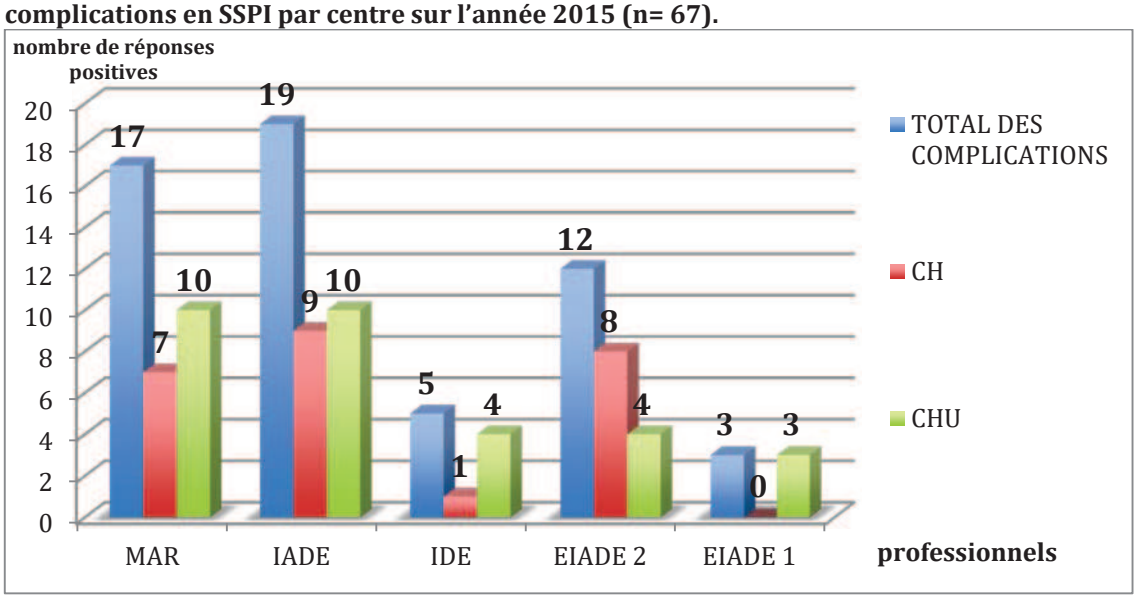
Pour le CH de Bourges : sur les 41 questionnaires distribués aux différents professionnels (MAR, IADE, EIADE et IDE), 15 n'ont pas été retournés et 26 ont été remplis soit 63,41 % de taux de participation.

Pour le CHU de Poitiers : sur les 93 questionnaires distribués aux différents professionnels (MAR, IADE, EIADE et IDE), 52 n'ont pas été retournés et 41 ont été remplis soit 44,08 % de taux de participation.

2.1.2 Complications post opératoires en SSPI (question 3)

a) Prise en charge

Figure 1 : Nombre de Personnels ayant eu à prendre en charge des complications en SSPI par centre sur l'année 2015 (n= 67).

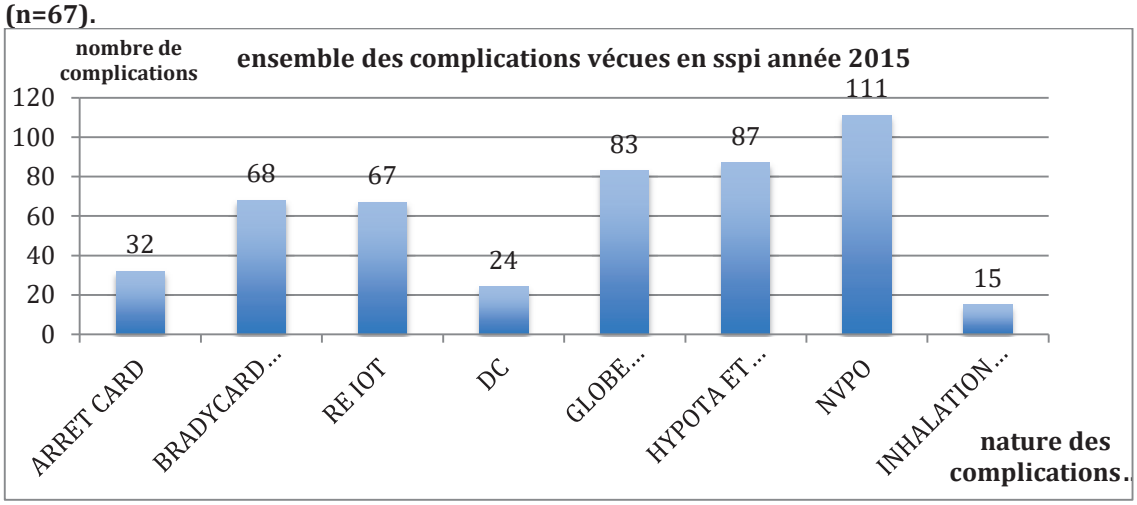


11 personnes n'ont pas répondu à cette question.

b) Type de complications rencontrées par les personnels.

Plusieurs réponses étaient possibles.

Figure 2 : Type de complications rencontrées sur l'année 2015 (n=67).



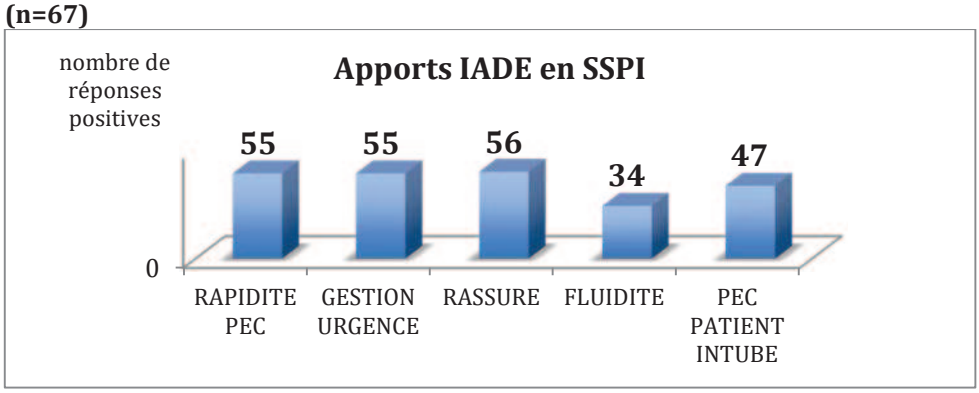
Arrêt card= arrêt cardiovasculaire, bradycardie avec TTT = bradycardie avec traitement, RE IOT = réintubation, DC = décès, HypoTA et TTT = hypotension traitée, NVPO = nausées et vomissements post opératoires,

Les NVPO représente la complication la plus fréquemment rencontrée en SSPI.
Les complications cardiovasculaires cumulées représentent 38,40 % (187) des complications relevées (487).
Les complications demandées sont celles qui ont été relevées dans DIANE.

2.1.3 Apport présence IADE en SSPI. (Question 4, 5, 6, 7 et 8)

Plusieurs réponses possibles.

Figure 3 : Nombre de réponses positives aux apports IADE en SSPI, année 2015. (n=67)



PEC : prise en charge, PEC patient intubé : Prise en charge d'un patient intubé.

2.1.4 Compétences IADE utiles en SSPI (question 9)

Tableau 1 : Nombre de réponses positives par rapport aux compétences IADE utiles en SSPI. (n=67)

COMPETENCES IADE		MAR 20/29	IADE 25/68	IDE 6/11	EIADE 1 4/14	EIADE 2 12/12	**TOTAL 67/134**
Gestion de l 'urgence		**18**	19	5	**4**	8	**54**
PEC du patient intubé		13	17	**6**	2	8	**46**
Réveil	Règle le respirateur	7	**23**	5	2	**10**	**47**
	Vérifie la décurarisation	10	20	2	2	9	**43**
	Antagonise	9	18	2	2	8	**39**
	Respect score de sortie	10	17	5	**4**	**10**	**46**
	Extube	9	19	2	3	8	**41**
Hémodynamie	Bradycardie avec ttt	14	13	2	3	6	**38**
	Hypotension avec ttt	15	17	5	2	8	**47**
Encadrement EIADE		13	16	4	3	9	**45**

Pour un MAR de CH, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

1) la gestion de l'urgence avec le traitement de la bradycardie (7/7)
2) l'hypotension traitée et la décurarisation (6/7),
3) l'antagonisation (5/7),
4) l 'extubation et l'encadrement EIADE (4/7),
5) puis le respect du score de sortie (3/7),
6) et la gestion du patient intubé en SSPI (2/7),
7) et enfin, le réglage du respirateur (1/7).

Pour un MAR de CHU, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

1) la gestion de l'urgence et la gestion du patient intubé en SSPI (11/13),
2) l'hypotension et son traitement et l'encadrement EIADE (9/13),
3) le traitement de la bradycardie et le respect du score de sortie (7/13),
4) réglage du respirateur (6/13),
5) l'extubation (5/13),
6) l'antagonisation et la vérification de la décurarisation (4/13).

Pour un IADE de CH, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

1) le réglage du respirateur, la vérification de la décurarisation, l'antagonisation et l 'extubation (9/9),
2) la gestion de l'urgence et la PEC du patient intubé en SSPI (8/9)
3) l'hypotension traitée (7/9),
4) la bradycardie et son traitement (6/9),
5) l'encadrement EIADE et le respect du score de sortie (5/9).

Pour un IADE de CHU, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

1) le réglage du respirateur (14/16),
2) le respect du score de sortie (12/16),
3) la gestion de l'urgence et la vérification de la décurarisation et l'encadrement EIADE (11/16),
4) l 'extubation et l'hypotension et son traitement (10/16),
5) la PEC du patient intubé en SSPI et l'antagonisation (9/16),
6) la bradycardie et son traitement (7/16).

Pour un IDE de CH, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

1) la gestion de l'urgence, la PEC du patient intubé en SSPI, la vérification de la décurarisation, l'antagonisation, le respect du score de sortie, l 'extubation, l'hypotension et son traitement, l'encadrement EIADE (1/1)
2) le réglage du respirateur et la bradycardie et son traitement ne sont pas des compétences IADE utiles en SSPI (0/1).

Pour un IDE de CHU, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

1) la PEC du patient intubé en SSPI et le réglage du respirateur (5/5),
2) la gestion de l'urgence, le respect du score de sortie, l'hypotension et son traitement (4/5),
3) l'encadrement EIADE (3/5)
4) la bradycardie et son traitement (2/5),
5) la vérification de la décurarisation, l'antagonisation et l'extubation (1/5).

Pour un EIADE 1, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

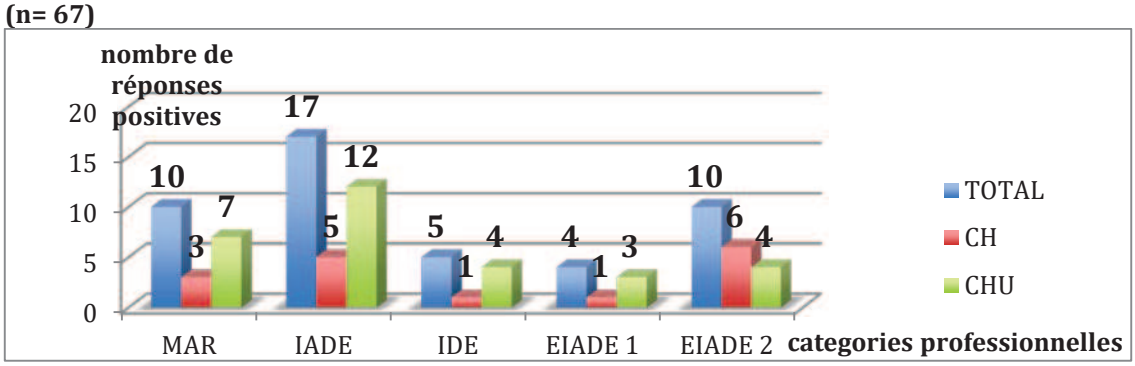
1) la gestion de l'urgence et le respect du score de sortie (4/4),
2) l 'extubation, la bradycardie et son traitement et l'encadrement EIADE (3/4),
3) la PEC du patient intubé en SSPI, le réglage du respirateur, la vérification de la décurarisation, l'antagonisation et l'hypotension et son traitement(2/4).

Pour un EIADE 2, les compétences IADE utiles en SSPI sont par ordre d'importance :

1) le réglage du respirateur et le respect du score de sortie (10/12),
2) la vérification de la décurarisation et l'encadrement EIADE (9/12),
3) la gestion de l'urgence, la PEC du patient intubé en SSPI, l'antagonisation, l 'extubation, l'hypotension et son traitement (8/12),
4) la bradycardie et son traitement (6/12).

2.1.5 Respect strict du score de sortie de SSPI (question 11)

Figure 4 : Nombre de réponses positives au respect du score de sortie de SSPI, année 2015. (n= 67)



Toutes catégories professionnelles confondues, 46 professionnels sur 67 respectent le score de sortie de SSPI, 21 professionnels ne l'utilisent pas.
Parmi les professionnels qui utilisent un score de sortie de SSPI, 35 utilisent le score d'Aldrete, 6 un score d'Aldrete modifié et 5 un autre score (Chung ou autre).

2.1.6 Présence nécessaire d'un MAR en SSPI (question 12)

Tableau 2 : Nombre de réponses sur la nécessité d'avoir un MAR en SSPI, année 2015. (n=67)

	MAR	IADE	IDE	EIADE 2	EIADE 1	**TOTAL**	**oui**	**non**
Nombre total de réponses	14/20	16/25	5/6	11/12	3/4	**49/67**	**73,14%**	**26,86 %**
CH	1/7	3/9	0/1	7/8	1/1	12/26	46,15 %	53,85 %
CHU	13/13	14/16	5/5	4/4	2/3	38/41	92,68 %	7,32 %

2.1.7 Formation IDE de SSPI (question 13 et 14)

a) formation suivie (question 13)

Tableau 3 : nombre d'IDE ayant suivies la formation IDE en SSPI. Année 2015. (n=6)

Nombre total de réponses	2/6
CH	0/1
CHU	2/5

b) IDE souhaitant suivre la formation IDE en SSPI (question14)

Tableau 4 : nombre d'IDE souhaitant suivre la formation IDE en SSPI. Année 2015. (n=6)

Nombre total de réponses	4/6
CH	1/1
CHU	3/5

Sur les 6 IDE qui travaillent en SSPI, les 4 qui n'ont pas suivis la formation, souhaiteraient le faire.

2.1.8 La présence d'un IADE pour l'encadrement des EIADE

(question 15)

Tableau 5 : Nombre de réponses à la présence d'un IADE pour l'encadrement des EIADE, année 2015. (n=67)

	MAR	IADE	IDE	EIADE 2	EIADE1	**TOTAL**	**oui**	**non**
Nombre total de réponses	13 /20	16/25	4/6	10/12	3/4	**46/67**	**68,65%**	**31,35 %**
CH	4/7	5/9	1/1	8/8	1/1	19/26	73,07 %	26,93 %
CHU	9/13	11/16	3/5	2/4	2/3	27/41	65,85 %	34,14 %

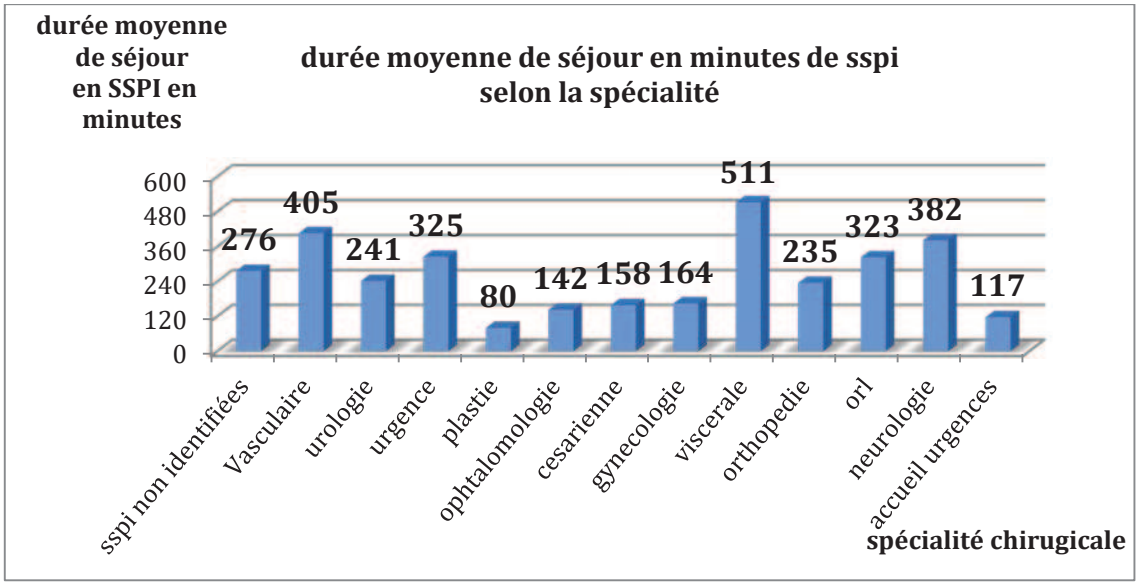
2.1.9 Présence IADE en SSPI (question 16)

Tableau 6 : nombre de réponses positives à la présence d'un IADE en SSPI, année 2015. (n=67)

	MAR	IADE	IDE	EIADE 2	EIADE 1	**TOTAL**	**oui**	**non**
Nombre total de réponses	12/20	10/25	4/6	12/12	3/4	**41/67**	**61,20%**	**38,80 %**
CH	4	3	1	4	1	**13/26**	50%	50 %
CHU	8	7	3	5	2	**25/41**	60,97%	39,03 %

2.2 Résultats d'une analyse rétrospective de données extraites du logiciel DIANE.

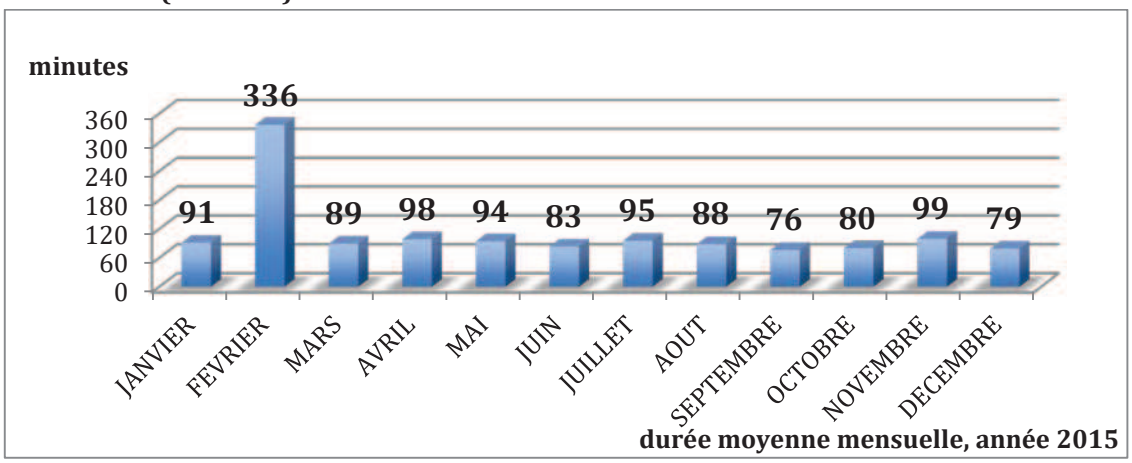
Figure 5 : Durée moyenne de séjour en minute en SSPI, CHU, année 2015. (n=14174)



Accueil : certains patients redescendent en SSPI après l'avoir quitté pour une surveillance particulière ou gestion de la douleur.
SSPI non identifiée : Activités annexes ne pouvant être rattachées à aucune spécialité chirurgicale.

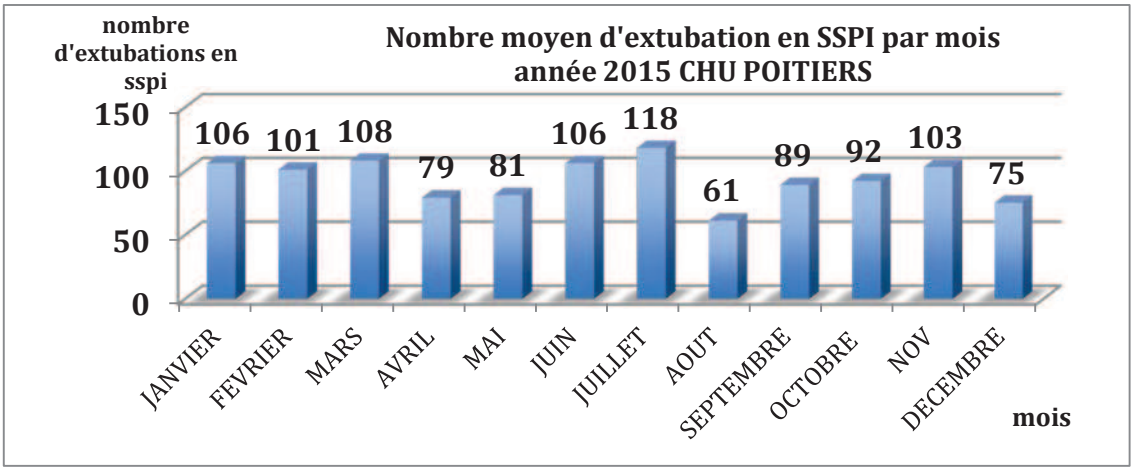
La moyenne de durée de séjour en SSPI en minutes sur l'année est de 258 minutes, la médiane est de 241 minutes.

Figure 6 : Durée moyenne en minutes de séjour en SSPI pour la pédiatrie, CHU, année 2015. (n=14174)



La moyenne se situe à 90 minutes.

Figure 7 : Nombre moyen d'extubation en SSPI par mois, CHU, année 2015. (n= 14174)

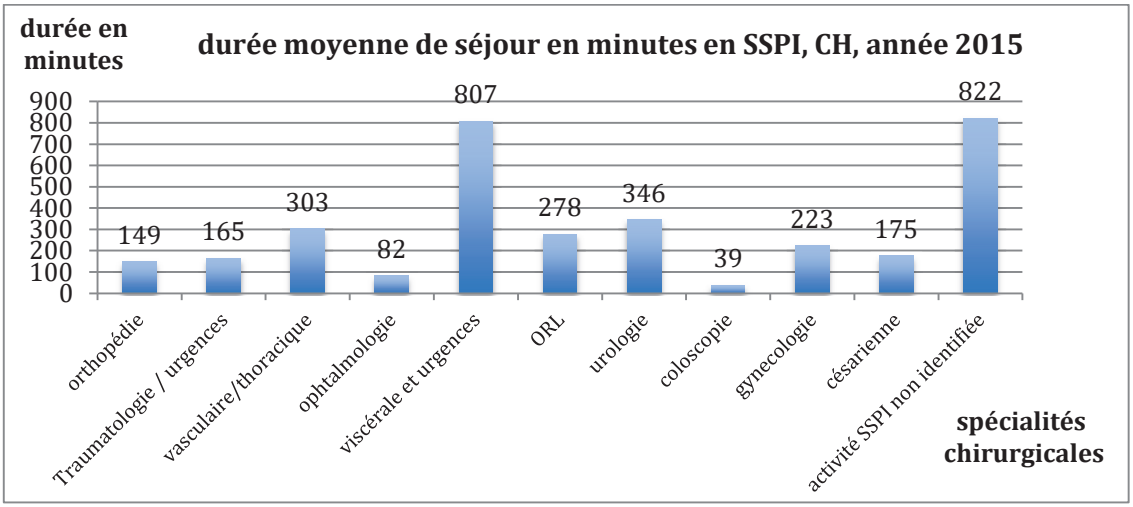


La moyenne se situe autour de 93 extubations en SSPI par mois (total de 1119 extubations en SSPI pour l'année 2015) soit près de 3 extubations par jour.

Tableau 7 : Type de complications saisies en SSPI pour l'année 2015, CHU. (n=14174)

Types de complications saisies	Nombre de complications
Arrêt cardiaque	1
Bradycardie + traitement	1
Décès	3
Globe Vésical	1
Hypotension Artérielle + traitement	4
Nausées et Vomissements post opératoires	36
Ré-intubation	3
Vomissements avec inhalation	1

Figure 8 : Durée moyenne de séjour en minutes en SSPI, CH, année 2015. (n=9271)



Activité SSPI non identifiée : certains patients, rattachés à la SSPI, sont hébergés en Unité de Soins Continus quand la SSPI est fermée (de 20 h à 8 h), ou patients qui redescendent des étages pour une surveillance particulière.

La moyenne en minutes de durée de séjour en SSPI sur l'année se situe à 308 minutes, la médiane se situe à 118 minutes (pédiatrie incluse).

2.3 Résultats annexes pour l'élaboration de la fiche de poste IADE en SSPI.

Figure 9 : Plages horaires d'occupation de la SSPI, CHU Poitiers, année 2015

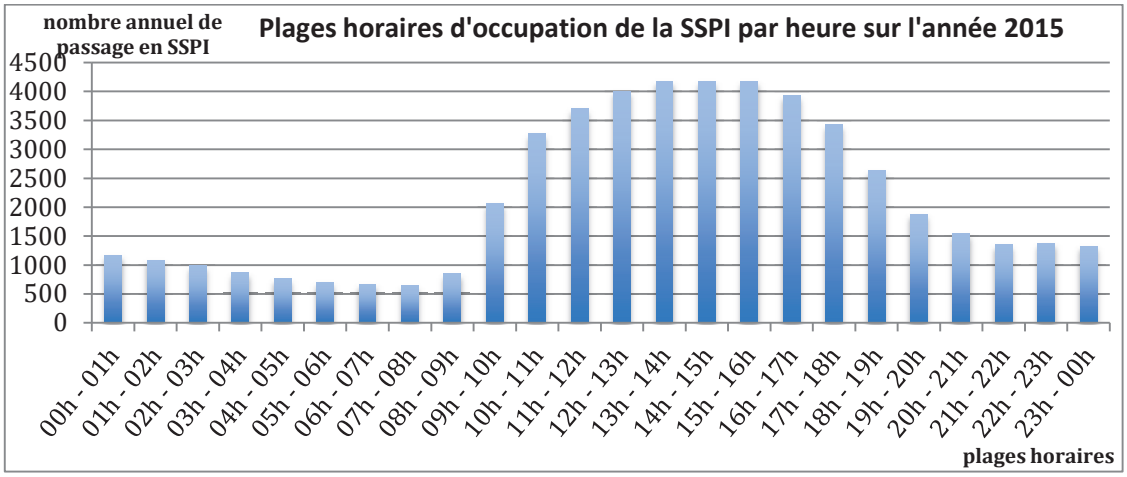
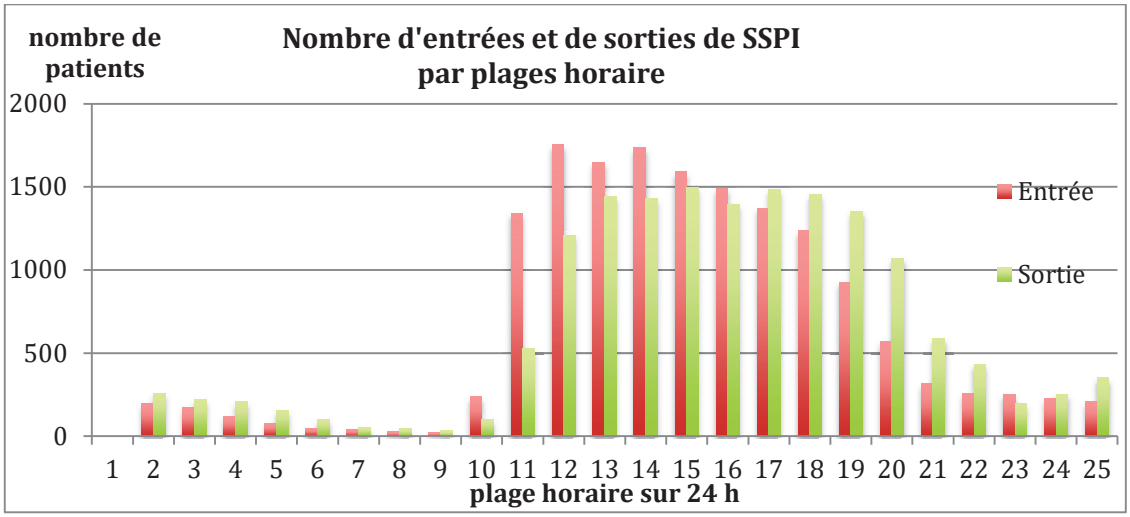


Figure 10 : Nombre d'entrées et de sorties de SSPI par plages horaire, CHU, sur l'année 2015



Les entrées sont symbolisées en rouge, les sorties en vert.

3 / DISCUSSION

QUELQUES RAPPELS SUR LA SSPI

Les textes(2) préconisent qu'un « *Infirmier Diplômé d'Etat, si possible un Infirmier Anesthésiste, doit être présent en permanence. Il est placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai* ». Même les recommandations de nos sociétés savantes (SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) ou d'organismes professionnels (SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes) n'apportent pas de précisions quant à la qualification du personnel qui doit exercer en SSPI. Si l'IADE est une spécialité reconnue, son activité est longtemps restée cantonnée au bloc opératoire. En constante évolution, la profession s'ouvre aujourd'hui sur de nouveaux secteurs. Est ce pour pallier la pénurie de médecin anesthésistes dans les années à venir ou l'évolution normale d'une profession, des articles des revues paramédicales émettent l'idée de consultations anesthésiques simples menées par des IADE.
Dans cet état d'esprit, il devient de plus en plus fréquent de voir des IADE en SSPI, secteur où ils étaient encore peu présents il y a quelques temps, et plutôt de façon ponctuelle.

Depuis quelques temps, les établissements de santé font le choix de mettre des IADE en SSPI. Ce choix rencontre une réaction très vive de protestation, de refus ou de résignation du personnel paramédical : dévalorisation ressentie par les IDE qui ne se sentent plus assez compétentes, manque de reconnaissance des IADE qui n'en comprennent pas la finalité alors qu'ils disent être en nombre insuffisant au bloc. Les Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR) ne se prononcent pas vraiment. Il en ressort un malaise du personnel soignant notamment paramédical, qui ne comprend pas la raison de ces changements.

Sa création : La circulaire du 30 Avril 1974(3) emploie pour la première fois le terme de salle de réveil. Plusieurs circulaires et recommandations de la SFAR viennent progressivement la définir et préciser ses missions jusqu'au décret du 5 décembre 1994 qui impose à tous les établissements une Salle de Surveillance Post Interventionnelle. Le personnel y est défini « un IDE formé à ce type de surveillance, de préférence un IADE » ainsi que sa mission : « …accueil durant une durée plus ou moins longue, l'ensemble des patients relevant d'une surveillance post anesthésique et ayant subi une intervention chirurgicale ».

Ses objectifs :

- ✓ Accueil et installation du patient en sécurité et selon les prescriptions médicales,
- ✓ Surveillance et maintien des grandes fonctions vitales,
- ✓ Prévenir et traiter toutes les complications,
- ✓ Evaluer et prendre en charge la douleur.

A ce titre, l'article 4311-12 du Code de Santé Publique précise que « En salle de surveillance post interventionnelle, il (IADE) assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° (Anesthésie générale, Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur, Réanimation peropératoire) et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques ».
Il existe une reconnaissance spécifique des compétences IADE quant à la prise en charge de la douleur et ce quelque soit le type d'anesthésie réalisé.

Ses moyens humains : « un IDE, si possible un IADE doit être présent en permanence et placé sous la responsabilité d'un MAR, qui doit pouvoir intervenir à tout moment ». Le texte laisse la possibilité à l'établissement de choisir entre un IDE et un IADE. Il n'y a donc pas d'obligation légale.

Toutes les informations recueillies lors du séjour en SSPI du patient doivent être tracées et gardées dans le dossier du patient.

<u>Ce que nous disent les textes</u>

La profession est régie par le **décret de compétence du 11 février 2002** qui réglemente toute la profession infirmière, toutes spécialités confondues.

L'article **R 4311-12 du Code de Santé Publique** s'applique plus particulièrement à l'IADE. Il délimite son champ de compétence mais reste ambigu sur ses limites. C'est la Jurisprudence qui viendra souvent en préciser l'interprétation(4).

L'article **D 6124-97 du Code de Santé Publique** : « *La surveillance continue post interventionnelle mentionnée au 3° de l'article D. 6124-91 a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination 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.* »

Ce que nous disent les sociétés savantes :

- La SFAR, le SNIA :

Nos sociétés savantes citent souvent le décret de compétences mais restent discrètes quant à leur interprétation…

Un avis du Comité Vie Professionnelle en date du 8 décembre 2015 autorise les IDE à extuber seuls un patient en SSPI sous réserve d'avoir suivi une formation spécifique(4) et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. Leur justification s'appuie sur le référentiel de l'infirmière de Réanimation de 2011 comparant cette dernière à celle de SSPI. Ce n'est pas le geste technique qui est difficile à réaliser mais l'évaluation de l'ensemble des critères entourant l'extubation. En qualité d'IADE, nous suivons deux ans de formation théorique et pratique qui permettent une prise en charge globale du patient du début de l'anesthésie à la fin, réveil compris ; les critères d'extubation sont donc plus facilement évalués par une IADE que par une IDE. Si ce n'était que le geste, deux ans de formation théorique et pratique ne seraient pas nécessaires. De plus, cet avis ne précise pas s'il doit être limité aux seuls adultes ou si la pédiatrie doit y être associée (le réveil d'un enfant étant plus délicat à gérer car source de multiples complications).

En voulant élargir le champ de compétence des IDE, nos sociétés savantes risquent d'en faire de simples exécutantes de prescriptions médicales standardisées sous forme de protocole. L'exécution même correctement réalisée d'un protocole par une IDE ne peut remplacer l'expertise IADE en la matière.

- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins : Il reprend les textes législatifs et réaffirme le rôle du MAR assisté d'un IADE.

« En SSPI, le MAR est assisté d'un IDE et lorsque cela est possible, de préférence d'un IADE ».

En l'absence de position tranchée des textes ou de nos sociétés savantes, j'ai cherché à recueillir le positionnement des professionnels concernés : MAR, IADE, EIADE et IDE de SSPI pour cerner leurs attentes et la représentation qu'ils se font de la fonction IADE en SSPI.

Aucun texte n'impose un IADE en SSPI. Nous ne pouvons donc pas nous appuyer sur une mesure législative pour répondre à notre problématique.

La pratique quotidienne par les professionnels de terrains peut cependant nous aider.

Le sujet ne semble pas les motiver puisqu'il a été difficile de recueillir leurs avis mais au final 50 % d'entre eux ont répondu au questionnaire qui leur avait été soumis.

Les complications en SSPI relevées sur Diane sont surprenantes. Nous pourrions nous attendre à voir apparaitre des complications de saignement, des troubles neurologiques (conscience, paresthésies,), des hypothermies, … mais ce qui ressort majoritairement ce sont les Nausées et Vomissements Post Opératoires. Cette donnée est en corrélation avec les chiffres nationaux(6).
Complication rarement vitale, elle est cependant consommatrice de temps soignant, qu'il soit IADE, IDE ou Aide Soignant (AS).
Deuxième complication en terme de fréquence, les complications cardio vasculaires. Moins fréquentes, elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Les maladies cardio vasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en France avec plus de 140 000 décès en 2011 et plus de 930 000 hospitalisations en 2013(7). Il est donc normal que la plupart des patients de SSPI en soit porteurs (Cardiopathies ischémiques, maladies cérébro vasculaires, hypertensive…).
Souvent associé aux désordres cardiovasculaires, le diabète (au niveau national, on constate une augmentation de sa prévalence de 2,4 % par an pour la période 2009-2013) les Syndromes d'Apnée Obstructives du Sommeil (SAOS)(8) (4,9 % des personnes ont des symptômes évocateurs mais seulement 2,4 % d'entre eux sont diagnostiqués).

Qu'ils soient diagnostiqués (en extra hospitalier ou lors de la consultation d'anesthésie) ou découverts en per opératoire, ces éléments ont des répercussions hémodynamiques, respiratoires sur la prise en charge en SSPI. Ces patients nécessiteront une surveillance plus accrue en SSPI (importance des transmissions entre IADE de bloc et le professionnel en SSPI)

Le temps de séjour en SSPI reste une période délicate : en témoignent les complications de réintubation ou d'inhalation post opératoire qui signent la survenue de complications ou d'un réveil incomplet.
Les durées moyennes de séjours en SSPI d'environ 150 minutes (toutes spécialités confondues et quelque soit le type d'établissement) doivent permettre de prévenir tous types de complications.
Ce sont les MAR et IADE qui mentionnent et gèrent ces complications, ce qui paraît normal puisqu'ils sont les seuls à pouvoir intervenir (réintubation).
La reconnaissance de ces complications semble liée à la spécialisation puisque l'on observe que plus le niveau de spécialisation s'élève (IDE, EIADE1, EIADE2, IADE puis MAR) plus les complications sont constatées et traitées. Il n'y a pas de différence significative selon le type d'établissement.

FORMATION

Le turn over infirmier en SSPI (polyvalence de fonction, politique institutionnelle) fait que l'expérience professionnelle ne compense pas le manque de formation. La grande majorité des IDE qui ont accepté de répondre à notre enquête avait moins de 2 ans de diplôme d'où le ressenti rassurant de la présence IADE exprimé dans notre questionnaire.

C'est par leur formation spécifique en anesthésie que les IADE sont les plus à même de déceler des signes de complications et agir si besoin. Dans notre étude, il ne nous a pas été possible de discerner si les réintubations post opératoires faisaient suite à une extubation par une IDE ou IADE.

L'extubation est un geste courant en SSPI.

Le décret de compétences infirmier demande aux IDE par son article de 4311-2 du Code de santé publique « *De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social »* ainsi que *« De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions».* L'enseignement théorique de l'ensemble des soins infirmiers est de 1800 heures sur 3 ans, le module urgence réanimation (50 heures) n'intervient qu'en 3ème année. 50 heures, c'est peu par rapport à l'importance de la notion de Savoir et Savoir Faire. A aucun moment il n'est fait mention d'une formation spécifique aux soins post anesthésiques. La formation a plutôt une vocation généraliste, libres à ceux et celles qui le désirent de se former après leur diplôme.

Il existe des formations IDE spécifiques à la SSPI d'une durée de quelques jours(9) , très peu dispensées (aucune formation n'a été dispensée depuis 2 ans sur le CHU de Poitiers) auprès des IDE en poste et qui ne sauraient en aucun cas remplacer les compétences acquises par les IADE lors de leur cursus de deux ans. Le nouveau projet de loi santé 2015 voudrait développer la notion de pratiques avancées (Master 1 Sciences Cliniques Infirmières) mais leur contenu reste encore flou. L'infirmier est habilité à assurer la surveillance d'un patient intubé mais n'est pas habilité à l'extuber (technique d'anesthésie réservée au MAR ou IADE). Un récent avis de la SFAR a donné l'autorisation aux IDE d'extuber un patient mais à la condition d'avoir suivi une formation spécifique à la SSPI. Mais là encore rien n'est précisé sur le contenu ou les attentes de cette formation(10). La jurisprudence quant à elle, s'attache à vérifier si la formation a été dispensée, mais en aucun cas il n'y a de « contrôle » de la compétence. Par le flou entretenu, ces textes et décisions de justice reconnaissent donc la nécessité de connaissances particulières et donc

implicitement la pertinence de la présence d'un IADE en SSPI (aucune formation supplémentaire ne nous est demandée).
De plus, l'IADE acquiert durant sa formation une connaissance spécifique de la pharmacologie, des techniques anesthésiques et chirurgicales et une maîtrise technique des gestes de contrôle des voies aériennes (intubation, ventilation au masque…) et des abords veineux. Il est donc capable d'évaluer rapidement une situation clinique et de mettre en œuvre des actions adaptées (surveillance, divers monitorages…). En cas d'urgence, il est capable de réaliser des actes et débuter une réanimation en attendant le MAR (assistance ventilatoire, circulatoire).

De toutes les complications relevées, une constante apparaît : Le MAR reste au centre de la surveillance SSPI puisqu'il a connaissance de toutes les complications (100%). Comme le résultat de notre questionnaire le souligne, les professionnels restent attachés à la présence d'un MAR en SSPI. Selon les structures, il est, soit présent physiquement en SSPI (Poitiers), soit au bloc (Bourges) mais à condition d'être joignable rapidement.

DEMOGRAPHIE MAR

Mais depuis quelques années se pose le problème de la démographie MAR, cela constitue un véritable problème de Santé Publique interpellant nos instances politiques(11). Même si le numerus clausus en anesthésie a été relevé (524 postes en 2015), il n 'en demeure pas moins que le temps de formation d'un MAR dure environ 10 ans. La baisse globale des effectifs de MAR est de -2,5 % par an(12). *« Les dernières projections publiées par le DREES en 2009 font état d'une baisse de 18 % des effectifs médicaux en anesthésie réanimation à l'horizon 2020(12)».*

A côté de ce problème de numérus clausus, se pose le problème du vieillissement de la population médicale. A l'origine la réforme politique visait à maitriser la répartition géographique en régulant la démographie par Faculté de médecine. L'idée était de pallier aux départs (un pour un) mais aucune anticipation sur l'avenir n'a été prévue ; aujourd'hui la majorité de nos MAR ont une moyenne d'âge de 55/60 ans(12), l'âge moyen de départ à la retraite se situant plutôt autour de 65/70 ans. Sur les cinq à dix ans qui viennent, le nombre de départs à la retraite sera supérieur au nombre de jeunes médecins formés.
Est ce pour palier à cette pénurie médicale que les IADE se retrouvent en SSPI ?

DELEGATION ET TRANSFERT DE TACHES

La délégation et le transfert de tâche peuvent ils être considérés comme un moyen de pallier à cette pénurie médicale ? Certains semblent le penser notamment par l'économie que cela peut engendrer.

La délégation de tâche suppose la réalisation d'un soin par un autre professionnel mais la responsabilité incombe toujours au MAR, à la différence du transfert de tâche où il y a transfert de responsabilité. L'anesthésie est sûrement le domaine le plus avancé en la matière, envers les chirurgiens pour certaines activités (anesthésie locale), envers les IADE pour la gestion de l'anesthésie. « La question est donc non plus sur le principe de la délégation de tâche mais bien de son élargissement vers d'autres actes » comme le souligne Laurent DELAUNAY et Florence PLANTET(13).

Plusieurs études ont été réalisées notamment aux USA, certaines se contredisant mais il en ressort que plus le niveau de formation est élevé, moins il y a de conséquences péjoratives pour le patient(14).

Une étude américaine a montré que la mortalité n'est pas que liée à la fréquence des complications post opératoires mais à la façon de les gérer quand elles surviennent(15). Cela semble plutôt rassurant dans ce cas d'avoir un IADE en SSPI ! C'est d'ailleurs ce qui ressort de notre étude puisque l'IADE est principalement perçu comme un professionnel de la gestion de l'urgence en SSPI. Donc en ce sens la présence des IADE en SSPI paraît utile voire indispensable. Si les professionnels reconnaissent la présence de l'IADE comme nécessaire en SSPI dans une grande majorité, l'IADE lui ne se perçoit pas comme indispensable. A peine la moitié de ceux qui ont répondu à notre questionnaire pensent que leur présence est indispensable en SSPI. Cela traduit-il le malaise de la profession ? Est-ce le signe d'un sentiment de dévalorisation qu'éprouvent les IADE lorsqu'ils travaillent en SSPI ? Je le pense car dans l'ensemble les IADE reconnaissent qu'ils assurent la transmission du savoir et que l'encadrement des EIADE doit être assuré par eux.

CONTRAINTES INSTITUTIONNELLES

Je peux tenter d'avancer une hypothèse pour répondre à cette problématique : les contraintes institutionnelles.

Pour pallier au manque de MAR, chaque IADE doit être en salle, et ce n'est que lorsqu'ils sont en surnombre sur une journée, qu'ils sont affectés en SSPI. Cela suppose évidement que le nombre d'IADE au bloc soit suffisant pour s'autogérer. Cette problématique semble avoir été exacerbée par le passage aux 35 heures(16) ou « *la Réduction de Temps de Travail a été conduite en fonction essentiellement d'une logique sociale, permettant*

d'accorder aux agents davantage de temps libre, en ne mettant pas toujours au premier plan une logique professionnelle, qui aurait cherché à améliorer les conditions de travail, ni une logique organisationnelle de fonctionnement de l'hôpital ». Cette homogénéisation des pratiques en est la conséquence.

Mais les professionnels admettent que c'est une mesure imparfaite car elle n'a pas été accompagnée par un nombre de recrutements suffisants, et, à contrario, a plutôt contribué à intensifier le rythme de travail et la pénurie de personnel(17). Il en est de même au niveau des IDE de SSPI en particulier et des IDE en général.

Dans une logique de rentabilité demandée aux établissements de santé, il peut être tentant d'employer un IDE plutôt qu'un IADE, moins cher et polyvalent tout en restant en conformité avec le cadre règlementaire puisque rappelons le, il n'existe pas de directives précises sur le personnel des SSPI.

L'ensemble de ces mesures entrainent une dévalorisation du travail et un manque de reconnaissance des compétences IADE.

Pour tenter de résoudre cette situation, il pourrait être intéressant de bâtir une fiche de poste spécifique à l'IADE en SSPI (annexe II), en reconnaissant ces compétences propres et leur meilleure utilisation.

Limites de notre étude

Notre étude ne s'est intéressée qu'à la population de deux établissements, elle a donc une répercussion limitée. Une plus large inclusion d'établissements permettrait d'avoir une vision plus objective et plus représentative.

Il n'apparait pas de différence significative entre les types d'établissement (CH ou CHU) dans notre étude mais là encore un plus grand échantillonnage, permettrait de corriger cela et d'adapter la fiche de poste au mode de fonctionnement spécifique de la structure.

Le caractère rétrospectif de cette étude nous a conduit à retrouver des données aberrantes (fermeture incorrecte de certains dossiers donnant des valeurs de séjour en SSPI aberrantes) ou absentes (le saignement important post opératoire n'apparaît pour aucune complication post opératoire). La traçabilité des données saisies pourra être un axe d'amélioration.

4 / CONCLUSION

La SSPI représente une continuité dans la prise en charge anesthésique. Le séjour en SSPI constitue une période qui n'est pas dénuée de risques.

La surveillance y est assurée par un personnel compétent, à majorité composé d'IDE parfois d'IADE. Le nombre d'anesthésies a été multiplié par deux sur ces trois dernières décennies et cependant le nombre de complications a été divisé par dix. Ces chiffres sont en partie liés à la surveillance étroite des patients pendant leur séjour en SSPI.

Les IADE ont un cursus de formation complet tant sur le plan anesthésique, que sur la gestion de l'urgence, la prise en charge de la douleur. Ils sont par définition les personnels les mieux à même de gérer ce temps post opératoire.

Mais ni les textes de loi ni nos sociétés savantes ne définissent précisément quel personnel doit être affecté en SSPI. Aussi, la présence des IADE en SSPI est surtout liée à des contraintes en personnel pour pallier à l'absence d'IDE et à la démographie en baisse des MAR.

Même si leurs compétences sont largement reconnues par les différents professionnels de SSPI, les IADE n'y trouvent pas de valorisation de leurs compétences. Un des axes d'amélioration pourrait passer par la création d'une fiche de poste IADE spécifique à la SSPI et propre à chaque établissement selon son mode de fonctionnement.

Compte tenu du domaine de compétences des IADE, la prise en charge des patients en SSPI s'en trouve valorisée, tant sur la qualité que la sécurité.

La création de pratiques avancées en anesthésie (sur le modèle américain) constituerait un niveau intermédiaire entre l'IDE formée en SSPI et l'IADE, mais ne semble pas judicieux en terme de sécurité pour le patient de part leur niveau de formation insuffisant.

5 / BIBLIOGRAPHIE

(1) Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.

(2) . Acte professionnel et responsabilité de l'infirmière : décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, incluant l'article 4311-12 du code de Santé publique, Code de la Santé Publique,
Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913900

(3) Circulaire n° 394 du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 74/20, texte n° 6741 (3 p.) ...

(4) Arrêt du 10 décembre 2016 : un IADE n'a pas le droit de réaliser une rachianesthésie.

(5) Arrêt Cour de Cassation du 10 décembre 2014, relatif à la formation en SSPI d'une IDE.
Cour de cassation, Chambre civile 1, 10 décembre 2014, 13-21.607, Publié au bulletin.

(6) Kenny GN. Risk factors for post operative nausea ans vomitins. Anesthesia. Jan 1994 ;49 suppl : 6-10.

(7) Invs.sante.fr, indicateurs des maladies cardio vasculaires en France, mise à jour 03 2016.

(8) De Peretti C, Pérel C, Tuppin P, Iliou MC, Juillière Y, Gabet A, et al. Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives « Handicap-Santé ». Bull Epidémiol Hebd. 2014;(9-10):172-181.

(9) . Sur la formation IDE spécifique SSPI [Internet]. Disponible sur:
http://www.rhonealpes-orientation.org/offre-formation/public/formation_detail.php?id=83185

(10) Avis du Comité Vie Professionnelle en date du 8 décembre 2015 autorise les IDE à extuber seuls un patient en SSPI sous réserve d'avoir suivi une formation spécifique.
Disponible sur : SFAR Publications, Extubation-en-sspi-par-les-ide-la-position-de-la-sfar/
http://sfar.org/extubation-en-sspi-par-les-ide-la-position-de-la-sfar

(11) Question écrite n° 19483 de Mme Maryvonne Blondin (Finistère - Socialiste et républicain) publiée dans le JO Sénat du 24/12/2015 - page 3520.

(12) La démographie des anesthésistes réanimateurs , JARCA 2012
https://reanesth.chu-bordeaux.fr/Formation-continue/Congr%C3%A8s-des-JARCA/JARCA-2012/Le-congr%C3%A8s-des-Jarca-2012,-textes-et-diaporamas/Actualit%C3%A9s-en-anesth%C3%A9sie/04-Pontone/

(13) Que peut on déléguer en anesthésie ? Delaunay L, Plantetn F , JARCA 2015.
https://reanesth.chu-bordeaux.fr/JARCA/JARCA-d-antan/JARCA-2015/Actualit%C3%A9s-en-anesth%C3%A9sie/06-Delaunay(reluPR).pdf/

(14) Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, Chen W, Mosher RE, Showan AM, Longnecker DE. Anesthesiologist board certification and patient out comes. Anesthesiology 2002 ; 96 : 1044-1052

(15) Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associaed with inpatient surgery. N Engl J Med 2009 ; 361 : 1368-1375

(16) Bilan du passage aux 35 heures dans les hôpitaux publics.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud35.pdf

(17) Les conditions du travail en équipe Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (3/5) Mihaï Dinu GHEORGHIU, Frédéric MOATTY Centre d'études de l'emploi - CEE n° 49 – juin 2005
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud49.pdf

6 / ANNEXES

- ANNEXE I : questionnaire ayant servi de base à notre travail,

- ANNEXE II : Fiche de poste IADE en SSPI.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SUR LE ROLE DE L'IADE EN SSPI

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête sur la place de l'IADE en SSPI. Merci de bien vouloir prendre 5 minutes pour répondre à ce questionnaire totalement anonyme sur votre ressenti de professionnel.

1/ vous êtes : ☐ Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR)
☐Cadre de Santé (CS)
☐Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) (DE en ……..)
☐Infirmier diplôme d'Etat (IDE) (DE en ……..)
☐ Etudiant Infirmier Anesthésiste (EIADE)

2/ L'établissement dans lequel vous pratiquez est :
un CHU ☐ un CH ☐

3 / Avez vous eu à prendre en charge des complications post opératoire en SSPI ?
☐oui ☐non

si oui, lesquelles ? Arrêt Cardiaque ☐
Bradycardie avec traitement ☐
Ré intubation en sspi ☐
Décès ☐
Globe vésical et sondage ☐
Hypotension avec traitement ☐
NVPO ☐
Vomissement avec inhalation ☐

4 / D'après vous, les compétences d'un IADE augmentent elles la rapidité de prise en charge d'une situation d'urgence en SSPI ?
☐oui ☐non

5 / Les compétences d'un IADE en SSPI sont elles pour vous, un gage d'efficacité dans la gestion de l'urgence ?
☐oui ☐non

6 / Pour vous professionnels, percevez vous la présence d'un IADE en SSPI comme « rassurante » en cas de situation difficile ?
☐oui ☐non

7 / Les compétences d'un IADE en SSPI sont elles un gage de fluidité dans la gestion des entrées et sorties de patients ?
☐oui ☐non

8 / La prise en charge d'un patient intubé, par un IADE en SSPI, vous paraît elle plus adaptée en post opératoire immédiat ?
☐oui ☐non

9 / Lorsque qu'un patient arrive intubé en SSPI,

- ✓ qui règle le respirateur ? ☐MAR ☐IADE ☐IDE
- ✓ si le patient est encore curarisé :

⇒ qui vérifie la décurarisation (TOF) ? ☐MAR ☐IADE ☐IDE

⇒ qui effectue l'antagonisation (sur prescription médicale)? ☐MAR ☐IADE ☐IDE
⇒ qui vérifie les critères de décurarisation complète ? ☐MAR ☐IADE ☐IDE
⇒ qui arrête les sédations (sur prescription médicale)? ☐MAR ☐IADE ☐IDE

- ✓ Si le patient doit être extubé en SSPI :

⇒ qui extube ? ☐MAR ☐IADE ☐IDE
⇒ qui effectue la traçabilité de l'extubation ? ☐MAR ☐IADE ☐IDE

10 / Majoritairement pour quelles raisons un patient arrive t il intubé en SSPI ?

☐raisons médicales (hypotherme, curarisé, état instable,…)
☐gestion de bloc opératoire et autres raisons : risque respiratoire, chirurgie longue,…

11 / Appliquez vous, stricto sensu, les critères de sortie de SSPI ?
☐oui ☐non

si non, pourquoi ? ……
quel score utilisez vous ? ……

12 / Vous paraît il indispensable d'avoir un MAR spécialement dédié et présent en SSPI ?
☐oui ☐non

13 / Avez vous reçue une formation spécifique à la SSPI dans votre établissement ?
☐oui ☐non

14 / Si vous avez répondu NON à la question 15, seriez vous intéresser pour suivre une formation spécifique à la SSPI ?
☐oui ☐non

15 / La présence d'un IADE vous paraît elle indispensable pour l'encadrement des EIADE en SSPI?
☐oui ☐non

16 / Vous paraît il indispensable d'avoir un IADE spécialement dédié et présent en SSPI ?
☐oui ☐non

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire, je vous informerai des résultats de mon étude.

ANNEXE II : FICHE DE POSTE IADE en SSPI

Intitulé du poste	IADE en SSPI
Situation du poste	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
Finalité du poste	Afin d'optimiser la surveillance post opératoire des patients ayant reçu une anesthésie, L'IADE en SSPI : - assure la sécurité du patient, - dans la continuité des soins et notamment de sa prise en charge anesthésique, - selon les compétences qu'il a acquise par sa formation.
Relations	**Autorité hiérarchique** • Coordonnatrice Générale des Soins • Cadre Supérieur de Pôle • Cadre de Santé Autorité fonctionnelle) • Chef de Pôle • Chef de service d'anesthésie Partenariat **Responsabilités ponctuelles :** • Référent de secteur **:** • Chirurgiens, Médecins Anesthésistes Réanimateur, Médecins praticiens, sages- femmes • IDE SSPI, IBO, IADE, AS, ASH • Secrétariat du bloc opératoire • Stérilisation Centrale • Services de soins, médico-techniques, logistiques • Imagerie médicale, manipulateur-radio, PCR • Ecole IADE, IFSI
Missions du poste	L'IADE assure la continuité des soins, réalise des soins infirmiers d'anesthésie ou de réanimation en accompagnant le patient dans la période péri-opératoire et dans les domaines de l'intervention chirurgicale et endoscopique, du traitement de la douleur, de l'urgence ou de la réanimation.
Activités du poste	• Recueillir les informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la bonne conduite de l'anesthésie, assurer la traçabilité et la tenue du dossier patient, • Accueillir, évaluer, informer le patient, et maintenir une communication adaptée avec lui, • Appliquer et entretenir l'anesthésie si patient intubé, vérifier les critères de réveil, • Extuber après vérification des critères d'extubation, • S'assurer d'un retour à des fonctions respiratoires et cardio circulatoires maximales, • Assurer les gestes d'urgence si besoin,

	• Evaluer la douleur post opératoire et anticiper l'analgésie, • Coordonner son action avec les autres professionnels impliqués, • Déléguer des surveillances post anesthésiques auprès des personnels qualifiés, • Intervenir comme personne ressource dans des activités transversales : prévention des risques infectieux, • Accompagner la formation des professionnels et des étudiants EIADE.
Compétences requises	- Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste - Expérience acquise au cours de la formation d'infirmier anesthésiste.
Amplitude horaires	De 10 h à 20 heures

Date de la mise à jour :

Fiche révisable à tout moment en fonction des nécessités de service.

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

2014-2016

PRESENCE IADE EN SPPI :

UNE PLUS VALUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ?

L'IADE principalement affecté au bloc opératoire a, dans ses qualifications professionnelles, la possibilité d'intervenir en SSPI. Notre objectif est de déterminer s'il apporte une plus value en SSPI en terme de sécurité du patient.

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective et transversale à partir d'un questionnaire remis aux différents professionnels soignants intervenants en SSPI et complétée par des données extraites des dossiers d'anesthésie de l'année 2015.

Le séjour en SSPI fait partie intégrante de l'anesthésie du patient. Ni les textes juridiques (loi, décret ou jurisprudence) ni les sociétés savantes (SFAR, SNIA, CNOM) n'apportent de réponses clairement définies à la présence d'un IADE en SSPI.

Sur les 134 questionnaires envoyés, 67 professionnels ont répondu (50 %) et tous s'accordent sur la plus value IADE en matière de gestion des situations d'urgence et de réanimation. La SSPI est un lieu de complications post opératoires, souvent mineures mais fréquentes (NVPO) ou, moins fréquentes mais d'emblée vitales (cardio vasculaires) pouvant entrainer le décès du patient.

Il existe des formations pour les IDE de SSPI mais celles ci ne sauraient égaler la qualification spécifique de l'IADE : la prise en charge du patient du début de l'anesthésie jusqu'à son réveil, la gestion de l'urgence, la réanimation ainsi que la prise en charge de la douleur.

La pénurie de MAR et de personnel paramédical associée aux compétences spécifiques de l'IADE semblerait justifier sa place en SSPI. La profession IADE évolue vers une délégation ou un transfert de tâche.

Conclusion : La présence d'un IADE en SSPI représente une plus value en terme de sécurité et de qualité pour le patient à condition d'avoir une fiche de poste prédéfinie où les compétences de l'IADE sont valorisées.

Mots clés : anesthésie, Salle de surveillance post interventionnelle, IADE, complications post opératoires, sécurité, délégation, transfert de tâches, fiche de poste.

Auteur : Martine VALDELIEVRE

Directeur de mémoire : Dr Didier BAUDOUIN

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anesthetic Nursing

2014-2016

THE ANAESTHETIC NURSE IN THE RECOVERY ROOM :

ESSENTIAL TO PATIENT SAFETY OR NOT

The anaesthetic nurse often works in the operating theatre but can equally be working in the recovery room. The objective of this study is to find out whether the anaesthetic nurse is added value to patient safety.

A descriptive, retrospective and transversal case study of the medical and nursing personnel, including students, in the recovery room was carried out. Anaesthetic files from 2015 were also researched.

The time spent in the recovery room is an integral part of the anaesthetic care of the patient. And yet, legislation or official recommendations from the Medical Orders do not clarify whether the presence of the anaesthetic nurse is required or not.

Out of 134 questionnaires sent to the medical and nursing personnel, 67 (50%) replied. All answered that the anaesthetic nurse is an added value to the management of resuscitation and emergencies. However, complications occur in the recovery room; often common and minor (NVPO) and yet sometimes less frequent (cardiovascular) but serious enough to cause death.

Specialised training for the recovery room exists for nurses but it is not of the level expected from anaesthetic nurse training; follow up of the patient from the onset of anaesthetic care to recovery, including the management of emergencies, resuscitation and pain.

On the one hand anaesthetic nurses have these necessary skills. On the other, following a decrease in the medical anaesthetic population, the area of responsibility of the anaesthetic nurse is on the increase due to a lack of doctors in the recovery room to either delegate or transfer the task.

Conclusion: The presence of the anaesthetic nurse in the recovery room is essential for patient safety and quality. However, a key requirement to their presence in the recovery room would be to have a predefined job description in which anaesthetic nursing skills are valued.

Keywords: anaesthetic, Recovery room, Anesthesic nurse, post operate complications, safety, delegation, knowledge transfer, predefined job description.

Author : Martine VALDELIEVRE

Supervisor : Dr Didier BAUDOUIN