

Ecole des infirmiers anesthésistes
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Travail d'intérêt professionnel
Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste

La réalisation de la manœuvre de Sellick

Un savoir-faire professionnel ?

Promotion 2005-2007

M. TESSIER Julien

Note aux lecteurs :

Le travail d'intérêt professionnel des étudiants de l'école des infirmiers anesthésistes de l'AP-HP, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière est un travail réalisé au cours de la formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Le travail d'intérêt professionnel ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur et de l'école des infirmiers anesthésistes.

Remerciements

Ce travail d'intérêt professionnel n'aurait sans doute pas vu le jour sans l'aide précieuse de Mme Brigitte Brosseau. Merci pour son attention, sa disponibilité, la richesse de ses conseils et aussi pour la part de liberté qu'elle m'a laissée pour élaborer ce travail.

Merci à l'équipe d'IADE de l'Hôpital Jean Verdier qui a participé à la construction de mon questionnaire et aussi aux IADE ayant collaboré à l'enquête.

Merci à Hubert, Aurélie, Fabien, Bérengère, Xavier, Karl, Karim, Fanny, Laurence, Clotilde, Damien et Olivier. Sans leur soutien permanent et leur amitié, je n'aurais sans doute pas été au bout de ce travail et de ces études.

Enfin j'adresse mes remerciements à mes parents et mes amis pour leur soutien inconditionnel et plus particulièrement à Sandrine et Aurélie qui auront été à mes côtés en permanence pendant ces deux années.

Sommaire

I. Introduction	p. 5
II. Questionnement	p. 7
III. Cadre théorique	p. 9
1. L'induction de l'anesthésie	p. 9
2. L'intubation	p. 10
3. Le Syndrome de Mendelson	p. 10
4. L'induction séquence rapide ou crush-induction	p. 13
5. La manœuvre de Sellick	p. 16
IV. Méthode de recueil des données	p. 21
1. Choix de l'outil d'enquête	p. 21
2. Lieux d'enquête et population ciblée	p. 22
V. Présentation et analyse des résultats	p. 24
1. Présentation des résultats	p. 24
2. Analyse des résultats	p. 35
VI. Conclusion	p. 39
VII. Bibliographie	p. 40
VIII. Annexes	p. 42

I. Introduction

La prévention de l'inhalation bronchique péri-opératoire est un sujet majeur, incontournable et une préoccupation quotidienne des équipes d'anesthésie quel que soit le secteur dans lequel elles exercent.

L'incidence de l'inhalation bronchique reste peu connue car le diagnostic est souvent ignoré et, dans le cas contraire, demeure en tout état de cause rarement signalée. D'après une étude¹ multicentrique de 1993, il semble que l'incidence de l'inhalation bronchique est évaluée à 1 sur 3886 en chirurgie réglée et à 1 sur 895 dans le cadre de l'urgence. Il se dégage aussi de cette étude qu'un des facteurs accentuant le risque est le statut du patient (le score de l'ASA²). L'enquête³ menée conjointement par la SFAR et L'INSERM évalue l'incidence de la mortalité par inhalation à 1 sur 205 128 anesthésies. Cette étude ne montre pas clairement que l'induction séquence rapide permet d'éviter tout risque d'inhalation.

La prévention de l'inhalation bronchique repose sur plusieurs grands axes : la prémédication, la crush-induction, l'attitude pré- per- et post-opératoire. Il est à noter que le syndrome d'inhalation a le plus souvent lieu en post-opératoire (48% après l'extubation). Parmi ces axes, je me suis intéressé à la crush-induction et plus particulièrement à une de ses composantes : La manœuvre de Sellick. C'est le sujet de ce travail d'intérêt professionnel. Les éléments composant la crush-induction seront détaillés dans le cadre théorique qui va suivre.

L'incidence du syndrome d'inhalation étant faible, la manœuvre de Sellick n'a pu montrer son efficacité, au terme d'études cliniques randomisées, dans la prévention de l'inhalation, mais elle a très probablement contribué à la diminution de la mortalité due à cet accident (52-65 % il y a 50 ans, 0-12 % dans les dix dernières années). En France le taux de mortalité est de 0.2 sur 10 000.

¹ Warner MA, Warner ME, Weber JG. Clinical significance of pulmonary aspiration during the perioperative period. Anesthesiology 1993

² American Society of Anesthesiology

³ Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Jouglu E. Premières leçons de l'enquête « mortalité » Sfar-Inserm

Il existe autant d'études en faveur de l'utilisation de la pression cricoïdienne (PC) que d'études contre son emploi. Aussi, il n'est pas question, dans ce travail, de prendre parti en faveur ou non de la manœuvre de Sellick. En revanche, son utilisation continue à être une recommandation de la SFAR et c'est ce qui rend légitime ce travail.

L'objectif global de ce travail, au travers d'un questionnaire, d'un cadre théorique et d'une enquête dont nous présenterons les résultats, est de comprendre comment la manœuvre de Sellick est effectuée en pratique et comment les professionnels la considèrent.

II. Questionnement

Dans ce travail, je me suis intéressé à la manœuvre de Sellick. Alors pourquoi ce choix ?

A l'école des infirmiers anesthésistes, il m'a été demandé de choisir un thème de travail en précisant qu'une des questions pertinentes pour choisir son sujet était de se demander ce qui nous a interpellé dès nos premiers jours de stage, les problèmes rencontrés et le questionnement qui en est né. C'est ce chemin que j'ai suivi et de mes souvenirs a brutalement jailli une situation que je vais ici détailler.

C'est donc un de mes premiers jours de stage au bloc opératoire, au cours d'une matinée classique, c'est à dire avec un programme opératoire froid. N'étant pas tout fait à l'aise - c'est le moins que l'on puisse dire à ce stade de ma formation - avec mes futures fonctions, celles d'infirmier anesthésiste, j'écoute, j'observe, je questionne et j'exécute les tâches qu'on me demande d'effectuer en tentant progressivement d'améliorer mes gestes et ma compréhension des problèmes liés à l'anesthésie.

Quand arrive notre troisième patient, je me présente et l'interroge, je consulte le dossier d'anesthésie et prends connaissance de tous les éléments retenus lors de la consultation. La technique anesthésique choisie en accord avec le patient est une anesthésie générale avec intubation oro-trachéale et il est spécifié « induction séquence rapide ». Je vais à la rencontre du médecin anesthésiste (MAR) en lui demandant de m'expliquer en quoi consiste ce type d'anesthésie. Il m'explique brièvement : il s'agit d'une séquence d'induction particulière aux patients dits « estomac plein », ce patient souffre de reflux gastro-oesophagien (RGO), et cette séquence prévient le risque d'inhalation bronchique (ou Syndrome de Mendelson). Il me demande si j'ai déjà intubé un « estomac plein », je réponds que non. Il me propose donc de laisser « la tête » à l'infirmier anesthésiste (IADE) mais me dit que je peux en profiter pour observer le déroulement de la crush induction et participer en effectuant la manœuvre de Sellick. Là je me suis vu dérouté, d'une part par le vocabulaire que je ne maîtrisais pas, d'autre part par le fait que le médecin attendait de moi un geste qui m'était inconnu. Prévenant, le MAR m'a expliqué au fur et à mesure ce que je devais faire.

Nous démarrons la dénitrogénéation et avant l'injection de la séquence médicamenteuse, on me demande de commencer la pression cricoïdienne (PC). Mal à l'aise mais avec délicatesse, je m'exécute. Une fois le patient inconscient, le MAR me demande d'accentuer la pression. L'IADE intube le patient et c'est après avoir vérifié la position de la sonde d'intubation que le médecin me demande de relâcher la manœuvre.

Tout s'est bien passé et c'est ainsi que j'ai pu assister au déroulement de ma première induction séquence rapide.

Plus tard, au fil du temps et de mes différents stages, j'ai pu questionner les professionnels sur la pratique de la « crush-induction », chercher personnellement des informations sur le sujet et au final j'ai reçu le cours théorique. J'ai pu enfin comprendre les enjeux de la pression cricoïdienne, son importance, ses limites, ses indications... Mais, de par mon expérience et le fruit de mes recherches, il me reste des questions sans réponses, qui tournent autour de deux axes principaux.

Le premier. Quelle importance accorde-t-on à la manœuvre de Sellick, puisque, au regard de cette expérience que je viens de décrire, on constate qu'on peut confier ce geste à l'élève infirmier anesthésiste inexpérimenté?

Le deuxième. Comment peut-on savoir si la manœuvre de Sellick est correctement effectuée par les équipes d'anesthésie?

C'est donc autour de ces questions que j'ai élaboré ma réflexion. J'ai alors abouti à l'hypothèse suivante.

Hypothèse de départ :

Il existe un savoir-faire professionnel à acquérir pour que l'IADE puisse accomplir efficacement la manœuvre de Sellick.

III. Cadre théorique

Il s'agira dans cette partie, de développer quelques concepts directement en lien avec le sujet, de manière à éclaircir le propos de ce travail. La manœuvre de Sellick (ou pression cricoïdienne) s'exerce lors de l'induction de l'anesthésie et ce, jusqu'à la vérification de l'intubation du patient dans le cadre de la crush induction (ou séquence rapide) destinée à prévenir le risque d'inhalation bronchique (ou Syndrome de Mendelson) pour les patients considérés comme estomac plein. Ce sont ces termes que l'on va à présent développer.

1. L'induction de l'anesthésie

Définition⁴ : « Premier temps de l'anesthésie générale; il consiste à endormir le malade par inhalation [...] ou par injection intraveineuse [...] ».

On peut ajouter à cette définition quelques éléments importants.

L'anesthésie commence lors de la prémédication⁵, qui désigne la période durant laquelle un ensemble de médicaments est administré avant une anesthésie générale ou locorégionale, habituellement dans l'unité de soins, avant l'arrivée au bloc opératoire. Les objectifs principaux de cette première phase sont la potentialisation des anesthésiques généraux et la prévention des effets secondaires.

Une fois le patient en salle d'opération, l'équipe d'anesthésie place les éléments de surveillance des grandes fonctions vitales du patient, à savoir le contrôle de l'activité cardiaque par électrocardioscope fournissant un tracé et la fréquence cardiaque, la mesure de la pression artérielle (classiquement de manière non invasive au moyen d'un brassard) et l'évaluation de l'hématose par mesure de la saturation artérielle en oxygène. C'est après cette phase que le patient est perfusé.

⁴ Dictionnaire des termes de médecine. Le Garnier Delamare 24^{ème} édition

⁵ Cours école d'IADE du PR Haberer

Le patient est ensuite conditionné pour l'anesthésie générale et en décubitus dorsal, on le place jusqu'à la fin de l'induction, sous Oxygène ($FiO_2=1$) au moyen d'un masque et de manière étanche afin de procéder à sa dénitrogénéation (extraction du diazote des poumons) pendant au moins 3 minutes.

C'est après cette phase qu'intervient l'induction de l'anesthésie. Elle consiste en l'injection successive de 3 médicaments d'anesthésie : un antalgique de la famille des morphinomimétiques, un hypnotique - barbiturique ou non - et un myorelaxant, type curare.

Elle offre une bonne prévention de la douleur, une narcose et un relâchement musculaire, ce qui met l'opérateur dans les meilleures conditions pour pouvoir intuber.

2. L'intubation

L'intubation endo-trachéale consiste à introduire par la bouche ou par le nez une sonde d'intubation à travers l'orifice glottique, pour permettre le maintien en toutes circonstances de la perméabilité des voies aériennes.

Elle permet le contrôle de la ventilation et du CO_2 expiré ainsi que la titration précise de la fraction inspirée d' O_2 , du N_2O et d'agents volatils halogénés, par l'intermédiaire d'un monitoring. De plus, l'intubation endo-trachéale offre une certaine étanchéité au niveau des voies aériennes qui, bien qu'imparfaite, prévient la contamination de l'arbre bronchique par des sécrétions pharyngées, du liquide gastrique, du sang ou du pus. L'intubation endo-trachéale offre aussi la possibilité de broncho-aspirations régulières.

Elle se pratique à l'aide d'un laryngoscope; c'est la phase d'exposition. On positionnera la sonde d'intubation sous contrôle de la vue.

3. Le Syndrome de Mendelson

a. Définition⁶

Syndrome dû au reflux ou à l'inhalation de liquide gastrique acide dans les bronches, chez un malade dont l'état de conscience est altéré. Il survient soit pendant une anesthésie générale ou aussitôt après, soit au cours de certains comas ou états cachectiques. Il est décrit par Curtis Mendelson en 1946.

b. Caractéristiques

Le syndrome de Mendelson est marqué par différentes phases. D'abord apparaît une détresse respiratoire immédiate accompagnée d'un bronchospasme et d'une cyanose. Suit une période de récupération partielle, puis un retour progressif vers un état de dysfonctionnement respiratoire entraînant un Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA).

c. Généralités⁷

L'incidence du syndrome d'inhalation est de 0,7 à 4,7 /10 000 en chirurgie générale, 3,8 à 10,2 /10 000 en chirurgie infantile, 5,3 /10 000 en obstétrique. Le risque d'inhalation est particulièrement augmenté (38%) chez les polytraumatisés avec un score de Glasgow inférieur à 8.

Le dénominateur commun retrouvé est une anesthésie effectuée en urgence. La mortalité du syndrome d'inhalation se situe entre 0 et 4,6%. La proportion de décès liés à l'inhalation en périopératoire est passée de 52-65% il y a 50 ans, à 0-12% les 10 dernières années.

Les circonstances de survenue des inhalations relèvent à 22% du moment de l'induction (entre le moment de la perte de conscience et le gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation), à 30% du per-opératoire (autour de la sonde d'intubation) et à 48% du post-opératoire après l'extubation.

⁶ Anesthésie en urgence, estomac plein, cours école IADE, Dr. Boujlel

⁷ Oxythag n°71

d. Facteurs de gravité de l'inhalation⁸

- Le volume de liquide inhalé. Au delà de 0,4 ml/kg on estime qu'il y a un danger.
- Le pH du liquide inhalé s'il est inférieur à 2,5.
- La présence de particules alimentaires et leur acidité.

e. Les patients à risque

Ces patients sont ceux qu'en pratique on appelle les patients considérés comme « estomac plein » car susceptibles de causer des problèmes d'inhalation bronchique. On proposera pour ces patients une induction séquence rapide (détaillée ci-après).

Les terrains à risque :

L'urgence : Car le jeûne pré-opératoire n'est pas respecté, par définition

L'anesthésie trop « légère »

L'obésité : Augmentation de la pression intra-abdominale

Les morphiniques en prémédication ou avant l'induction

L'altération de la conscience : médicamenteuse ou non

La position : Trendelenbourg ou position gynécologique

L'intubation difficile : ventilation au masque prolongée

La femme enceinte après 18 semaines d'aménorrhée

Le diabète compliqué de dysautonomie neurovégétative, à l'origine de gastroparésie

Le reflux gastro-oesophagien

La hernie hiatale

Le syndrome occlusif

L'hémorragie digestive haute

Les traumatismes, la douleur

⁸ Anesthésie pour estomac plein, B. Debaene et A. Jeanny, 47^{ème} congrès d'anesthésie et de réanimation, 2005

f. Techniques prévenant le risque d'inhalation avant l'induction

Plusieurs pratiques peuvent être citées, l'objectif étant de réduire le volume gastrique ou de neutraliser le pH du liquide gastrique.

Le respect du jeûne pré-opératoire, quand il est possible et que ses règles sont respectées, semble être un des moyens les plus efficaces.

On peut aussi procéder à une aspiration gastrique avec une sonde à double lumière (type Salem). Ce moyen est simple et couramment employé. Cette technique présente cependant des limites. D'une part, il est très difficile d'évacuer des particules alimentaires, d'autre part, il est quasi impossible d'assurer une vacuité gastrique complète de l'antrum gastrique malgré un positionnement radiologiquement contrôlé de la sonde gastrique.

On peut citer deux médicaments permettant d'accélérer la vidange gastrique. Le métoclopramide renforce le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage mais ne garantit pas l'évacuation complète. L'érythromycine n'a pas encore été testée dans un contexte d'estomac plein mais son administration à la dose de 200 mg, chez des patients à jeun, a permis de réduire le volume gastrique résiduel de 40% par rapport à un placebo⁹.

Un médicament est particulièrement indiqué pour neutraliser le pH gastrique, il s'agit du mélange cimétidine (800 mg) et citrate de Sodium (0,9g). Son délai d'action est de 5 à 10 minutes et sa durée d'action de 2 à 3 heures, c'est un anti-H2 très efficace.

4. L'induction séquence rapide ou crush-induction

Nous venons de voir plusieurs moyens de prévention du risque d'inhalation bronchique mais cette liste est incomplète si on oublie de mentionner l'induction séquence rapide, qui constitue la technique incontournable de cette prévention à l'induction. Elle a été décrite de manière très précise à l'occasion du 47^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, en 2005. Notre vigilance quant à la vérification du site d'anesthésie est primordiale. Tout doit être prêt et fonctionnel. J'attire l'attention sur deux points essentiels : l'aspiration forte doit être prête et à portée de main et la table d'opération doit pouvoir être basculée à tout moment et rapidement.

⁹ Idem (5)

L'induction séquence rapide se compose de 4 phases :

- La dénitrogénéation
- La manœuvre de Sellick
- L'injection médicamenteuse
- L'intubation oro-trachéale et sa vérification

a. La dénitrogénéation

Il est indispensable de disposer d'un matériel (masque facial) adapté à la morphologie du patient, afin d'assurer une étanchéité parfaite permettant d'éviter les fuites responsables d'une dilution de la fraction inspirée en oxygène. La préoxygénation doit être monitorée par un saturomètre de pouls mais aussi par la fraction expirée en oxygène, l'objectif étant une FeO_2 supérieure à 85%.

Deux techniques de préoxygénation ont été proposées : la technique de ventilation spontanée en oxygène pur pendant 3 à 5 minutes et les 4 manœuvres de capacités vitales en oxygène pur. La seconde est rapide et adaptée aux situations d'urgence vitale mais est inférieure à la première en terme de durée d'apnée avant désaturation.

b. La position

Plusieurs pratiques existent en ce qui concerne la position et montrent les qualités et les défauts des positions proclive et déclive. Mais il semble que l'installation en décubitus dorsal reste la position de choix. Elle est commode pour l'installation et l'intubation. On garde la possibilité de déclive en cas de régurgitations ou vomissements.

c. Quels agents anesthésiques ?

Nous l'avons vu auparavant, l'inhalation à l'induction a lieu la plupart du temps entre la perte de conscience et le gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation, il est donc décisif de choisir un hypnotique d'action rapide. La ventilation manuelle étant totalement proscrite lors de la crush induction, du fait du risque d'insufflation gastrique favorisant l'inhalation bronchique, on utilise un curare d'action rapide.

L'utilisation de morphinomimétiques est encore actuellement controversée, mais reste majoritairement une contre-indication à la crush-induction, du fait de son action émétisante et du risque de retard de reprise de ventilation spontanée.

d. L'hypnotique

L'agent de référence est le thiopental (hypnotique barbiturique) à la dose de 5 mg/kg. Son action est rapide (1 minute), il déprime les centres de contrôle du réflex nauséux et déprime les réflexes pharyngo-laryngés.

On peut aussi utiliser le propofol (hypnotique non barbiturique) à la dose de 2,5-3 mg/kg. Son action est aussi rapide et offre un avantage supplémentaire : un plus grand relâchement des cordes vocales et de la mandibule.

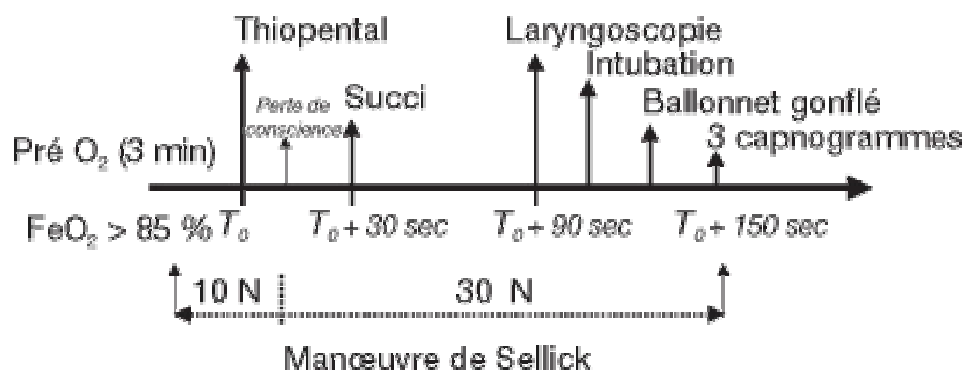
L'étomidate (0,3 mg/kg) possède un délai d'action légèrement plus long (1 à 2 minutes) mais est recommandé si les conditions hémodynamiques du patient sont précaires. Pour les mêmes raisons, la kétamine peut également être indiquée.

e. Le curare

Le curare de référence pour l'induction séquence rapide est la succinylcholine. C'est un curare dépolarisant qui a un délai d'action très rapide (1 minute), et une durée d'action courte (TH25% : 8-10 minutes, TH90% : 12 minutes) permettant une reprise rapide de la ventilation spontanée en cas de difficulté d'intubation. La dose recommandée est de 1 mg/kg.

La succinylcholine compte des contre-indications et une allergie au produit est possible. De ce fait il existe une alternative à ce produit : le rocuronium. C'est un curare non dépolarisant, qui peut devenir une possibilité uniquement parce que son délai d'action est relativement court. On estime que l'intubation est possible après 90 à 120 secondes à la dose de 0,9 mg/kg.

f. Schéma résumant l'induction séquence rapide



5. La manœuvre de Sellick

Malgré d'importantes critiques, la manœuvre de Sellick reste une recommandation de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation), exposée au 47^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation en 2005.

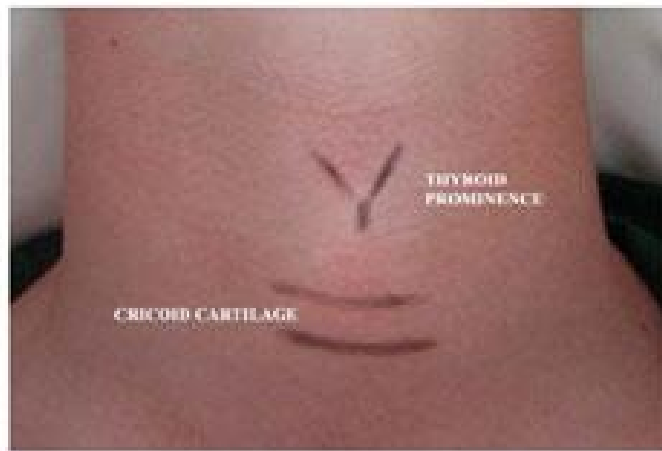
a. Définition

La manœuvre de Sellick est la pression exercée sur le cartilage cricoïde dans le but de comprimer l'œsophage contre le corps de C6 (6^{ème} vertèbre cervicale) ; on l'appelle aussi pression cricoïdienne (PC). Son objectif est d'éviter tout risque de régurgitation gastrique intempestive en fermant l'œsophage. Elle a été décrite pour la première fois en 1961 par Sellick BA. On la pratique au cours de la crush-induction avant la perte de conscience du patient et on la maintient jusqu'à la vérification de la position de la sonde d'intubation.

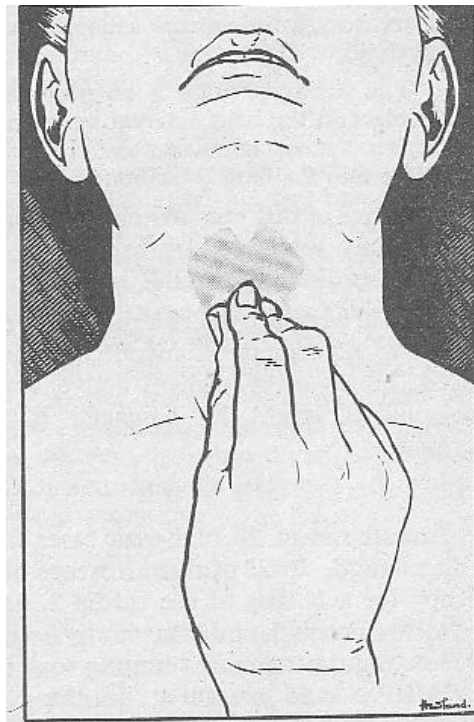
b. Description de la technique

Le patient est placé en position neutre c'est-à-dire en décubitus dorsal strict. Une exception persiste : l'induction de l'anesthésie de l'obèse peut s'effectuer en position proclive. La position de la tête et du cou doit correspondre au mieux à la position modifiée de Jackson, qui surélève la tête de 8 à 10 cm par rapport aux épaules et place la tête en hyperextension modérée afin d'aligner les axes de la bouche, du pharynx et du larynx. Le cartilage cricoïde est ensuite palpé sous le cartilage thyroïde. La PC est alors exercée par les trois premiers doigts de la main dominante d'un opérateur qui n'est pas celui qui intube le malade. Le pouce et le médus maintiennent le cartilage cricoïde sur la ligne médiane et l'index exerce une pression perpendiculaire à l'axe du rachis cervical.

Illustration pour trouver le cartilage cricoïde¹⁰ :



La bonne position des doigts¹¹ :



¹⁰ www.trauma-nursing.nl aspiratie ne het gebruik van Sellick's manoeuvre

¹¹ La manœuvre de Sellick est-elle encore indiquée ?, François Donati, Université de Montréal, novembre 2001

c. La pression d'application

En 1961, Sellick dit que la force à appliquer doit être ferme, ce qui reste une appréciation assez subjective. On dit aussi que la force à exercer est équivalente à celle qui doit engendrer une douleur si elle était appliquée à la base du nez ; là encore il est difficile de formuler une recommandation objective car elle risque d'être opérateur-dépendante.

En revanche, il existe un modèle qui permet d'objectiver la force nécessaire pour être efficace. C'est la méthode de Ruth et Griffiths.

A partir de ce modèle, chacun peut ressentir et mémoriser la force nécessaire à appliquer.

Flucker¹² montre qu'avec une dépression de 12, 17 et 20 mL, respectivement, sur le piston d'une seringue de 50 ml bouchée et remplie d'air, on obtient un équivalent de pression de 20, 30 et 40 Newton (N).

A partir de la dénitrogénéation et jusqu'à la perte de conscience du patient, la force à appliquer est de 10 à 20 N (soit, sur la seringue, une pression qui doit atteindre la graduation de 38 mL). Dès la perte de conscience et jusqu'à la vérification de la bonne position de la sonde d'intubation, la force doit être de 30 N (soit 33 mL sur la seringue). Si apparaît une régurgitation, on intensifie la force à 40 N (soit 30 mL).

On comprend ainsi la difficulté à effectuer la pression cricoïdienne de manière efficace. Elle nécessite donc un entraînement, Flucker propose, dans son étude, de s'exercer une fois par semaine. D'autres auteurs recommandent de s'entraîner, juste avant de réaliser une manœuvre de Sellick, sur un modèle présent dans chaque salle de bloc opératoire.

¹² The 50-millilitre syringe as an inexpensive training aid in the application of cricoïd pressure, Flucker, Griffiths, Ruth, Eur J Anaesthesiol 2000.

Illustration de la méthode de la s

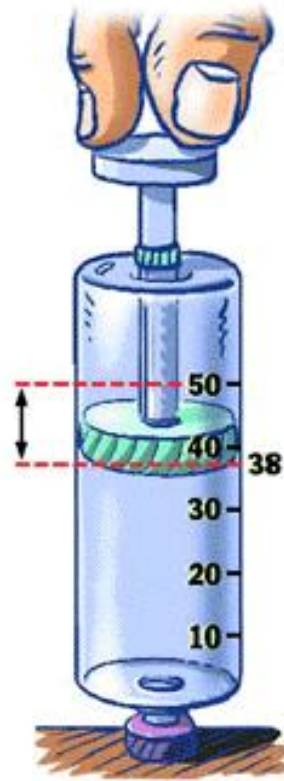


Figure 2 :
Méthode de Ruth & Griffiths.
Légende : «le déplacement
du piston correspond à une
pression de 20 à 30 N».

d. Complications

Les complications doivent être connues.

Risque de rupture oesophagienne

Risque de rupture du cartilage cricoïde

Difficulté d'intubation si la pression est trop forte

Risque d'aggravation de lésions pharyngées, vertébrales et/ou cervicales pré-existantes

Obstruction des Voies Aériennes Supérieures (VAS)

Si l'intubation est difficile, il ne faut pas relâcher la pression mais changer la direction de compression.

Si le patient est porteur d'une Sonde Naso-Gastrique (SNG), ne pas la retirer ni la boucher, elle n'est pas une contre-indication à la manœuvre de Sellick.

S'il faut ventiler, on ne doit pas relâcher la pression.

e. Contre-indications à la manœuvre de Sellick

Elles ne sont pas nombreuses mais doivent être strictement observées :

Traumatisme laryngé

Traumatisme du rachis cervical

Lésion médullaire cervicale

Corps étranger dans les voies aériennes supérieures

Trachéostomie

Diverticule pharyngé

Vomissements actifs : risque de rupture oesophagienne

IV. Méthode de recueil des données

1. Choix de l'outil d'enquête

Après lecture du *Manuel de recherche en sciences sociales* de Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, il m'a semblé intéressant pour ce travail de choisir, comme outil d'enquête, le questionnaire dit d'administration directe.

a. En quoi consiste l'enquête par questionnaire ?

Elle consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leurs opinions, à leur attitude à l'égard d'options ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de conscience d'un événement ou d'un problème, ou encore à tout autre point qui intéresse les chercheurs.

Le questionnaire est dit d'« administration directe » lorsque le répondant le remplit lui-même. Il lui est alors remis en main propre par un enquêteur chargé de donner toutes les explications utiles, ou adressé indirectement par la poste ou par tout autre moyen.

b. situations pour lesquelles la méthode convient particulièrement

La connaissance d'une population en tant que telle : ses conditions et ses modes de vie, ses comportements, ses valeurs et ses opinions.

D'une manière générale, les cas où il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes et où se pose un problème de représentativité.

C'est pour ces raisons que j'ai choisi cet outil. Je souhaitais confronter mon hypothèse de départ aux opinions d'une population ainsi qu'à sa pratique professionnelle quotidienne. De plus mon objectif est d'obtenir un résultat représentatif.

L'enquête permet de quantifier de multiples données et de procéder dès lors à de nombreuses analyses de corrélation.

c. Limites et problèmes

La superficialité des réponses ne permet pas l'analyse de certains processus. Les résultats se présentent souvent comme de simples descriptions dépourvues d'éléments de compréhension pénétrants.

De plus, la représentativité n'est jamais absolue. Elle est toujours limitée par une marge d'erreur et elle n'a de sens que par rapport à un certain type de questions : celles qui ont un sens pour la totalité de la population concernée.

L'élaboration du questionnaire s'est faite en plusieurs phases. J'ai d'abord conçu une trame, que j'ai exposé à ma tutrice, et ensemble nous avons élaboré une première version. Cette version a ensuite été testée auprès de quelques élèves IADE par e-mail et elle a été modifiée en fonction des différentes remarques recueillies. Puis je l'ai confrontée sur le terrain à l'avis des IADE du lieu de stage où je me trouvais. C'est grâce à la richesse de ces remarques que j'ai trouvé une forme définitive à ce questionnaire.

Je n'ai pas rencontré de problème particulier dans la phase de diffusion de mes questionnaires, ni pour leur récupération. Il a juste fallu s'adapter aux souhaits des établissements. Deux ont voulu que je distribue mes questionnaires moi-même pour que je puisse rencontrer les professionnels et leur expliquer mon travail, deux autres ont accepté de diffuser mes questionnaires, de les récupérer et de me les renvoyer.

2. Lieux d'enquête et population ciblée

L'induction séquence rapide est pratiquée dans tous les secteurs d'anesthésie, étant donné ses indications larges.

Les terrains à risque que nous avons évoqués plus haut ne sont spécifiques à aucun secteur en particulier, même si dans certaines disciplines ils s'avèrent plus fréquents (par exemple, la chirurgie de l'obèse est par définition un secteur où la crush-induction est prédominante).

Il m'a cependant semblé intéressant d'homogénéiser la population sondée dans le but de pouvoir faire des comparaisons, des rapprochements. C'est pourquoi j'ai décidé, de manière arbitraire mais justifiée scientifiquement par ma démarche, d'enquêter auprès des seuls Infirmiers Anesthésistes exerçant au bloc opératoire. Je n'ai donc pas questionné les

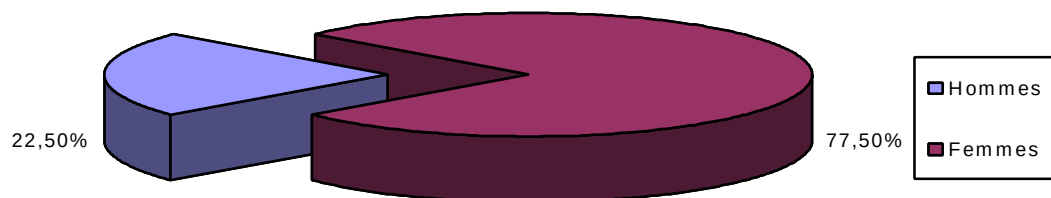
IADE du secteur pré-hospitalier, même si ceux-ci sont confrontés en permanence à l'induction séquence rapide. J'ai également choisi de ne pas interroger de médecins anesthésistes, pour que la population sondée ait bénéficié de la même formation initiale. Enfin, n'ayant pas trouvé la moindre étude ou article au sujet de la manœuvre de Sellick en pédiatrie, j'ai également exclu les IADE travaillant dans ce secteur chirurgical.

V. Présentation et analyse des résultats

1. Présentation des résultats

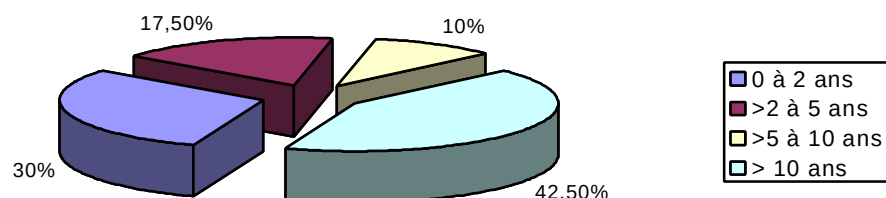
Après avoir obtenu l'autorisation de la Direction de Soins des établissements de distribuer mon questionnaire aux IADE, j'ai mené mon enquête auprès de 5 établissements de santé différents. Tous appartiennent à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. J'ai exploité 40 questionnaires sur 52 distribués. Les 12 non exploités ne m'ont pas été restitués.

Question 1 : Etes-vous un homme ou une femme ?



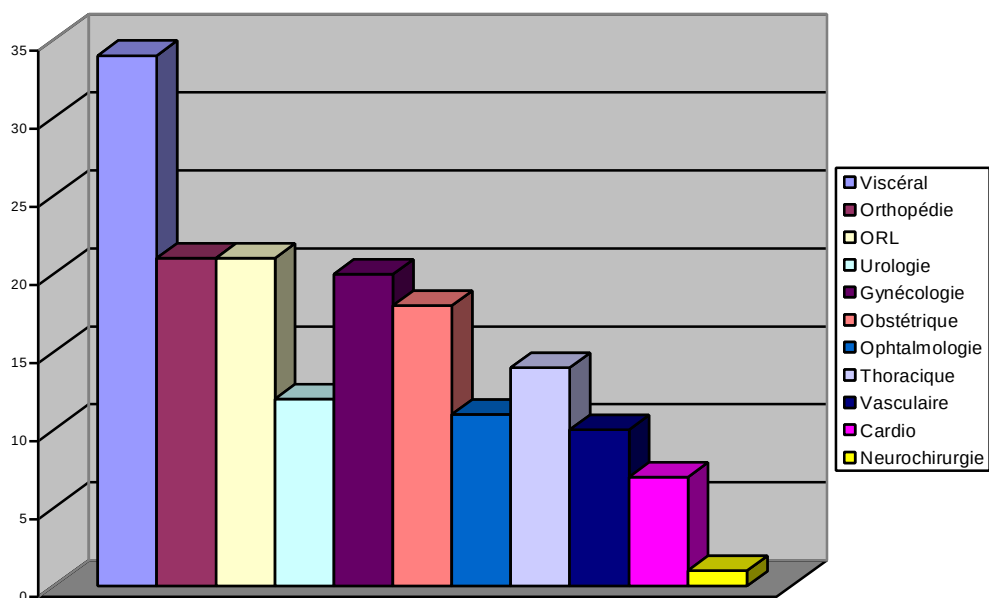
Une grande majorité de femmes a été interrogée : 31 pour 9 hommes.

Question 2 : Depuis combien de temps êtes-vous IADE ?



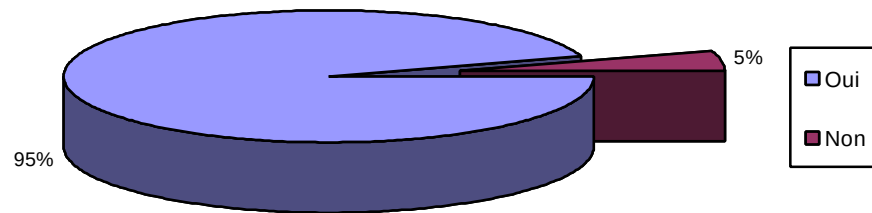
La population sondée lors de cette enquête est hétérogène en ce qui concerne son ancienneté à cette fonction.

Question 3 : Dans quelle discipline chirurgicale exercez-vous ?

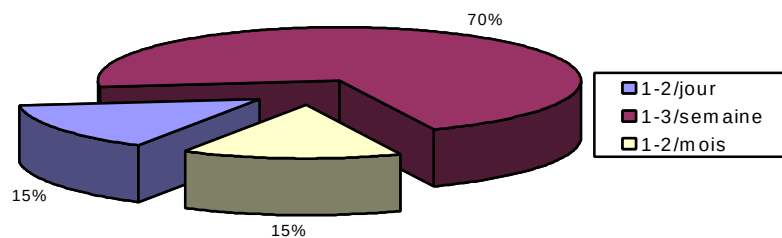


Seulement 4 personnes n'exercent que dans une spécialité. Les 36 autres exercent au moins dans 3 secteurs chirurgicaux.

Question 4 : Etes-vous régulièrement amené à pratiquer l'induction séquence rapide ?

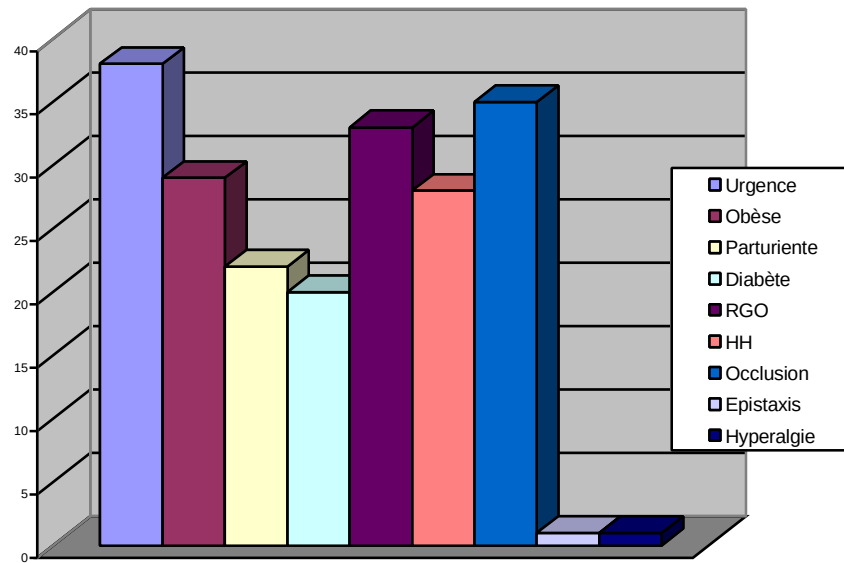


Si oui, à quelle fréquence ?

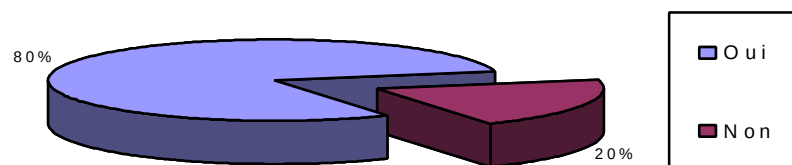


La grande majorité des professionnels interrogés pratique plusieurs fois par semaine la manœuvre de Sellick.

Et dans quelles circonstances ?



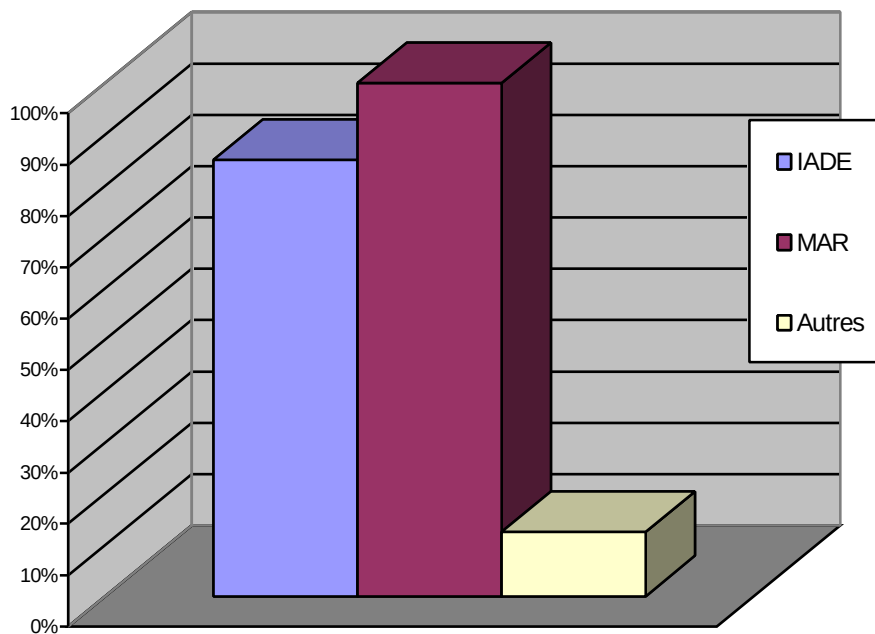
Question 5 : Considérez-vous la manœuvre de Sellick comme déterminante dans la crush-induction ?



Si non, expliquer quelle importance vous lui accordez.

La majorité des personnes sondées pense que la manœuvre de Sellick est déterminante dans la crush-induction. Les autres pensent que la PC est gênante pour l'intubation, est inefficace pour empêcher un reflux gastrique ou peut provoquer la toux et ainsi rendre plus difficile l'intubation. Pour 3 IADE, ce qui est déterminant c'est la rapidité de l'intubation.

Question 6 : Dans votre pratique quotidienne, lors d'une intubation séquence rapide, qui pratique la manœuvre de Sellick ?

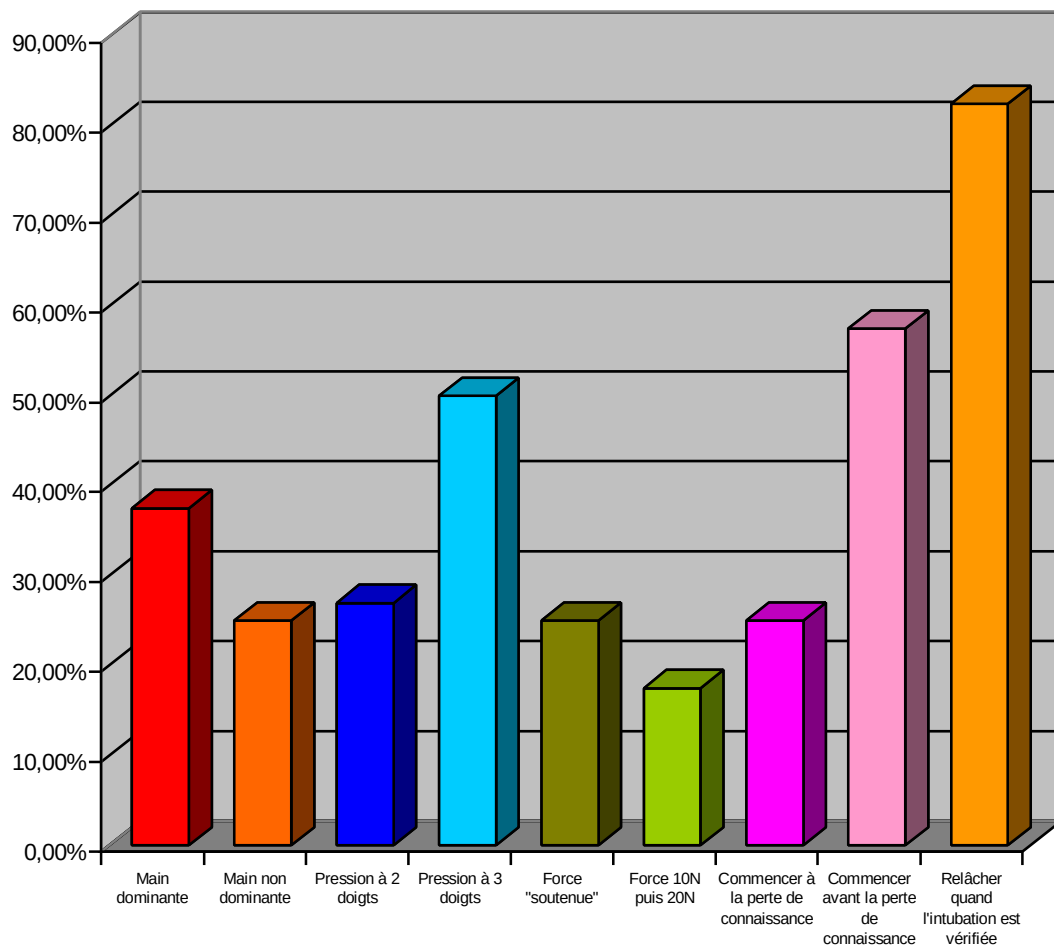


Pour la majorité des personnes interrogées, le MAR et l'IADE sont les personnes qui au quotidien pratiquent la manœuvre de Sellick.

Est-ce déterminant pour vous ?

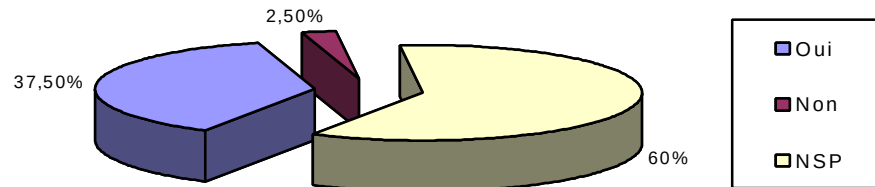
10% des IADE estiment que le savoir-faire d'une personne qualifiée en anesthésie est indispensable pour la pratiquer. 22,5% ne pensent pas que la personne qui l'effectue est importante, mais mettent en avant l'intérêt primordial de l'organisation lors de l'induction séquence rapide.

Question 7 : Décrivez en quelques lignes comment vous pratiquez la manœuvre de Sellick.



La plupart des IADE ont donné des réponses correspondant aux recommandations ou proches des recommandations.

Question 8 : Quand vous la pratiquez, estimez-vous être efficace ?



Une majorité d'IADE ne sait pas si elle est efficace.

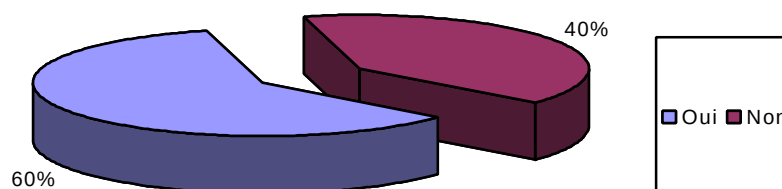
Si non, pourquoi ?

30% des personnes qui ont répondu « non » disent qu'il n'y a pas de moyen de connaître l'efficacité du geste, même en laryngoscopie.

Si oui, quels moyens vous permettent d'affirmer votre efficacité ?

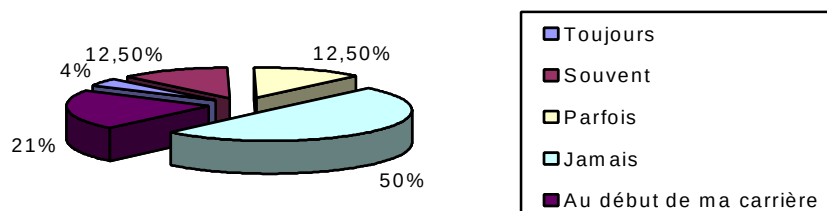
70% des IADE ayant répondu « oui » pensent être efficaces car aucun de leurs patients n'a été victime d'inhalation bronchique. Une personne pense qu'en connaissant la pression à exercer et en effectuant le geste au bon endroit, on est efficace.

Question 9 : Connaissez-vous la méthode de la seringue de 50 mL, qui une fois remplie et bouchée permet de mesurer la force de la pression appliquée ?



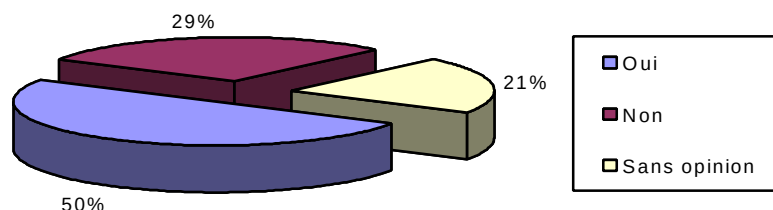
Une faible majorité des IADE sondés connaît la méthode de Ruth et Griffiths.

Si oui, à quelle fréquence l'utilisez-vous ?



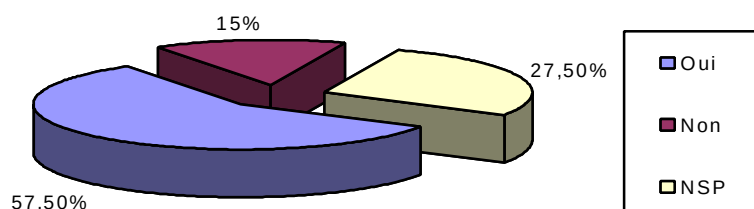
La moitié des IADE connaissant la méthode ne l'utilisent jamais et 16,50% l'utilisent régulièrement.

Si oui, estimez-vous que c'est un bon moyen pour maîtriser le geste ?



La moitié des personnes interrogées estiment que c'est un bon outil pour maîtriser le geste.

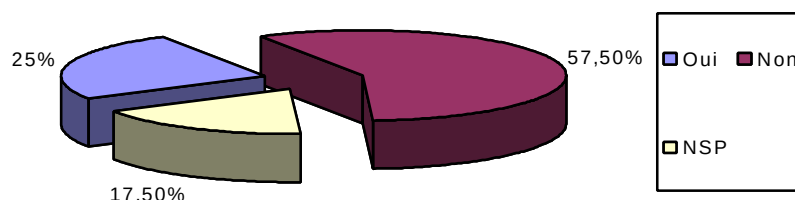
Question 10 : Pensez-vous qu'au fur et à mesure de votre pratique professionnelle, la manière avec laquelle vous effectuez la manœuvre de Sellick s'est améliorée ? Et expliquer votre réponse.



La plupart des IADE pensent avoir amélioré leur geste au cours de leur carrière.

Ils expliquent cette appréciation de différentes manières. Certains se sentent de plus en plus à l'aise avec le geste et leur appréhension diminue, d'autres expliquent que le binôme MAR/IADE est plus efficace quand il a l'habitude de travailler ensemble.

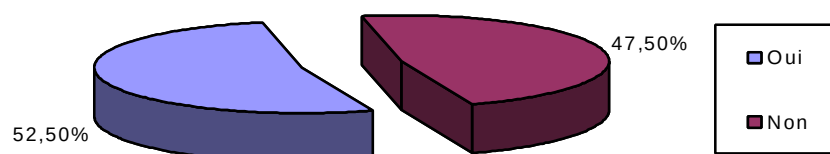
Question 11 : Estimez-vous manquer de formation ? Expliquer votre réponse.



La majorité des personnes interrogées n'estime pas manquer de formation.

Elles disent que la méthode s'acquiert rapidement. Les personnes ayant répondu « oui » pensent avoir trop peu reçu de formation à l'école d'IADE ou pensent avoir besoin d'être formées régulièrement.

Question 12 : Pensez-vous qu'un entraînement est nécessaire pour la pratiquer convenablement ?

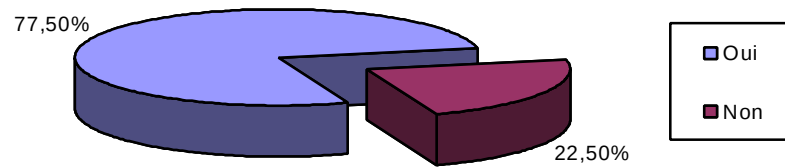


Si oui, à quelle fréquence ?

Une courte majorité d'IADE dit qu'une pratique régulière est nécessaire pour faire la manœuvre de Sellick correctement.

En ce qui concerne la fréquence, les réponses sont variables mais leur moyenne se situe à 2 à 3 fois par mois.

Question 13 : Pensez-vous qu'il s'agit d'un savoir-faire que l'on acquiert au cours de sa carrière ? Expliquer votre réponse.



Une grande majorité des IADE pense que la manœuvre de Sellick est un geste que l'on apprend avec l'expérience.

Un IADE dit : « on ne fait bien que ce que l'on fait souvent » ; c'est l'esprit des explications données.

2. Analyse des résultats

Les trois premières questions de l'enquête étaient destinées à recueillir des données démographiques sur la population sondée. Le sexe de cette population n'est probablement pas un facteur influençant les réponses car on sait que les populations IADE et IDE sont à l'heure actuelle plutôt féminines et c'est ce qui ressort de cette étude. De plus ce critère n'a *a priori* pas de lien avec le sujet de cette recherche. Les IADE interrogés exercent pour la plupart dans au moins trois spécialités chirurgicales adultes de manière régulière. Nous avons donc un panel de professionnels polyvalents. En ce qui concerne son ancienneté dans ses fonctions, cette population est hétérogène et équilibrée (environ la moitié a plus de 5 ans d'expérience) ce qui peut faire penser que ce critère n'influera pas ou peu sur les résultats de l'enquête. Le nombre de questionnaires analysés est assez important (40), l'effet souhaité est de rendre le résultat de la recherche caractéristique, ou en tout cas de tendre vers la représentativité.

L'induction séquence rapide ou crush-induction fait parti intégrante de l'activité quotidienne des IADE dans les situations d'urgence, c'est-à-dire l'anesthésie des patients réellement « estomac plein », mais concerne aussi et très largement les patients dits « estomac plein ». On peut donc en déduire une bonne reconnaissance de la part des IADE des situations à risque d'inhalation bronchique.

La manœuvre de Sellick est considérée comme un élément indissociable de la crush-induction et elle est souvent perçue comme déterminante dans la prévention du syndrome d'inhalation. Quelques personnes ont émis une nuance à ce propos en précisant que la rapidité d'intubation était davantage décisive, c'est aussi un élément important. La pression cricoïdienne au cours d'une induction séquence rapide est le plus souvent pratiquée par une personne compétente en anesthésie, IADE ou MAR, ce qui renforce le propos précédent : on ne laisse pas faire la PC à n'importe qui car elle est déterminante dans la prévention du syndrome de Mendelson.

La question n°7 est un peu à part dans ce questionnaire. Le but de cette recherche n'est surtout pas de tester les professionnels sur leur connaissance des recommandations de la SFAR et donc de remettre en cause les IADE sur leur savoir théorique. Les réponses à cette question ont souvent été incomplètes. Il est donc difficile d'en tirer une analyse mais les éléments notés ont souvent été précis, pertinents et assez proches des recommandations.

La majorité des personnes sondées dit ne pas savoir comment évaluer l'efficacité de la manœuvre de Sellick, et parmi celles qui pensent ne pas être efficaces certaines affirment qu'il n'y a pas de moyen d'évaluation. Finalement, ces deux réponses se rejoignent et sont judicieuses. En effet, il n'existe pas à l'heure actuelle de moyen pour certifier que la manœuvre de Sellick est correctement effectuée.

Quelques professionnels justifient cependant leur efficacité en disant qu'ils n'ont jamais eu affaire à une inhalation bronchique lors d'une induction séquence rapide. Ceci ne constitue pas une preuve objective de la maîtrise du geste. Le syndrome d'inhalation bronchique à l'induction est rare et la pression cricoïdienne n'est jamais le seul moyen préventif mis en place lors de l'induction d'un patient dit « estomac plein ». En revanche, et c'est là un résultat important, la faible fréquence du syndrome de Mendelson montre que la pratique de l'ensemble des mesures préventives du syndrome d'inhalation est performante et maîtrisée par les médecins anesthésistes et les infirmiers anesthésistes.

Les IADE interrogés n'estiment pas, pour la plupart, manquer de formation car le geste est simple et s'acquiert rapidement. C'est sans doute exact, quand on connaît toutes les composantes de la manœuvre de Sellick.

En sachant repérer le cartilage cricoïde, quand et comment appliquer la pression, quand la renforcer et quand la relâcher, on peut estimer que la manœuvre de Sellick a les meilleures chances d'être efficace. Seul un point manque : quelle force appliquer ?

La méthode de Ruth et Griffiths permettant de quantifier la force à exercer est très peu utilisée, même si elle est connue de la majorité des IADE, peut-être peu convaincue par le procédé si l'on en croit le fait que seulement 50 % des personnes appartenant à ce groupe estiment que c'est un bon moyen pour maîtriser le geste.

Ce n'est donc pas l'outil utilisé par les professionnels pour tenter d'exercer la bonne pression, bien que ce soit le moyen le plus objectif pour mesurer la force à appliquer. Les recommandations actuelles préconisent de s'entraîner une fois par semaine ou pour chaque induction séquence rapide utiliser la méthode de Ruth et Griffiths juste avant de pratiquer la manœuvre de Sellick. L'enquête montre d'ailleurs que la majorité des IADE pense qu'un entraînement est nécessaire, 2 à 3 fois par mois en moyenne.

Dans le même temps, les IADE pensent que l'expérience acquise au cours de leur carrière leur confère une plus grande dextérité dans la manière d'effectuer la pression cricoïdienne, et estiment qu'il s'agit d'un savoir-faire professionnel de l'IADE. Il s'agit donc d'un sentiment ressenti, subjectif mais fortement représenté.

Synthèse de l'analyse

Le bilan global de cette recherche est contrasté. Il ne pouvait certainement pas en être autrement car elle tentait de concilier d'une part le ressenti des professionnels quant à leur pratique quotidienne et d'autre part la réalité du terrain. Cette approche complexe de l'objet de recherche éloigne le risque de conclusions réductrices. Et ostensiblement, cette enquête ne conduit pas à des applications pratiques claires et indiscutables.

Alors peut-on dire que l'hypothèse de départ est vérifiée ?

L'hypothèse affirme que l'IADE, au travers de son expérience, améliore sa dextérité quant à l'exécution de la manœuvre de Sellick. L'enquête montre que ce sentiment est très présent, et cette impression est probablement renforcée par le fait que la pratique de l'anesthésie des patients considérés comme « estomac plein » est de plus en plus sûre et tend à faire disparaître les complications telles que le syndrome d'inhalation bronchique.

En revanche, la question de l'efficacité du geste n'est toujours pas réglée. A l'heure actuelle, il n'existe pas de moyen permettant de certifier que la manœuvre de Sellick est effectuée de manière à garantir la sécurité du patient. C'est un fait. Mais l'aide précieuse et peu coûteuse de la méthode de Ruth et Griffiths est largement sous-estimée et de fait sous-utilisée.

VI. Conclusion

Dans le cursus des études qui conduisent au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, les élèves ont l'occasion de s'entraîner au massage cardiaque externe sur un mannequin. Cette formation est encadrée par des professionnels qualifiés. Un de ses objectifs est de mémoriser la technique et la force à appliquer, comme en témoigne le fait que certains mannequins sont munis de manomètres, ce qui représente une aide considérable. Sur le terrain et au travers de mon expérience de réanimation, j'ai pu constater que le monitoring de la pression artérielle invasive et de l'EtCO₂ sont des aides précieuses pour objectiver l'efficacité circulatoire du massage cardiaque.

Ces différents apprentissages permettent de maîtriser le geste par mémorisation de la force exercée.

On peut donc objectivement penser que la méthode mériterait d'être appliquée aussi bien à la manœuvre de Sellick. Par un entraînement régulier, on doit pouvoir mémoriser la force à appliquer, même si la faille demeure que nous n'avons pas de moyen confirmant l'efficacité de la manœuvre de Sellick.

Ainsi, le savoir-faire professionnel ressenti pourrait s'accompagner d'un élément plus ou moins objectif.

La menace d'une procédure juridique est à l'heure actuelle très présente dans nos blocs opératoires. En cas d'incidents, il faut plus que jamais « se couvrir ».

Sur le plan légal, on peut donc s'interroger sur la valeur ajoutée d'une feuille d'anesthésie ne comportant pas seulement la mention « Crush-induction avec manœuvre de Sellick » mais aussi la précision « Manœuvre de Sellick après méthode de Ruth et Griffiths » si un patient est victime d'un syndrome d'inhalation bronchique lors de l'induction.

Cela pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure.

VII. Bibliographie

Ouvrages

- Dictionnaire des termes de médecine. Le Garnier Delamare. 24^{ème} édition.
- Quivy R., Van Campenhoudt L. – Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod, Paris, 1995 deuxième édition. – 287 p.
- Département d'Anesthésie-Réanimation de Bicêtre – Protocoles 2004 – MAPAR éditions - 10^{ème} édition, mai 2004 – 671 p.
- Bonnet F., Lember N. - Le livre de l'interne, Anesthésiologie – Médecine-Sciences Flammarion – 2006 2^{ème} édition – 650 p.

Revue et articles

- Mercier L., Derrode N. – Faut-il encore pratiquer la manœuvre de Sellick ? – OxyMag, n°71, août 2003, p. 14
- Debaene B., Jeanny A. – Anesthésie pour estomac plein – Les essentiels 2005. 47^{ème} congrès national d'anesthésie réanimation – Elsevier, 2005.
- Warner MA, Warner ME, Weber JG. - Clinical significance of pulmonary aspiration during the perioperative period - Anesthesiology, 1993.
- Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Jouglu E. - Premières leçons de l'enquête « mortalité » - Sfar-Inserm.
- Flucker, Griffiths, Ruth - The 50-millilitre syringe as an inexpensive training aid in the application of cricoïd pressure - Anaesthesiology 2000.

Cours

- Pr. Haberer JP. – La prémédication - Cours école d'IADE, 2006
- Dr. Boujlel S. - Anesthésie en urgence, estomac plein, cours école IADE, 2006

Internet

- TORRES E., GRAVELINE P. - Comment optimiser l'apprentissage de la manœuvre de Sellick.
<http://www.urgence-pratique.com/3trucs/ventil/art-tf-ventil-6.html>
- Dr Rault P. - La manœuvre de Sellick – décembre 1999
<http://www.adrenaline112.org/urgences/DTechn/DVentilation/Sellick.html>

VIII. Annexes

Questionnaire de l'enquête

p. I

Exemple de demande d'autorisation d'enquête par questionnaires

p. VI

Questionnaire

Dans le cadre de la formation d'infirmier anesthésiste, je suis amené à effectuer un Travail d'Intérêt professionnel (TIP); le thème que j'ai choisi d'aborder est : la manœuvre de Sellick.

Pour mener à bien ce travail, je vous serais reconnaissant de bien vouloir répondre à ce questionnaire le plus honnêtement et le plus justement possible, ceci est indispensable à la validité de mon travail.

Avec mes remerciements pour votre collaboration - Monsieur Julien Tessier

[illegible]

2- Depuis combien de temps êtes-vous IADE ?

3- Dans quelle discipline chirurgicale exercez-vous ?

Viscéral	Orthopédie	ORL
Urologie	Gynécologie	Obstétrique
Ophtalmologie	Autres :	

.....

4- Etes-vous régulièrement amené à pratiquer l'induction séquence rapide ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, à quelle fréquence ?.....

et dans quelles circonstances ?

Urgences	Obésité	femme enceinte
Diabète	RGO	Hernie hiatale
Occlusion	Autres	:

.....

5- Considérez-vous la manœuvre de Sellick comme déterminante dans la crush-induction ?

Oui

Non

Si non, expliquer quelle importance vous lui accordez.

.....
.....
.....

6- Dans votre pratique quotidienne, lors d'une induction séquence rapide, qui pratique la manœuvre de Sellick ? (Plusieurs réponses possibles)

Vous (IADE)

Le MAR

Autre :.....

Est-ce déterminant pour vous ? (expliquer)

.....
.....

7- Décrivez en quelques lignes comment vous pratiquez la manœuvre de Sellick.

(main dominante ou non, combien de doigts utilisez-vous, quelle force appliquez-vous et à quelle moment, quand la relâchez-vous, ...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8- Quand vous la pratiquez, estimez-vous que vous êtes efficace ?

Oui

Non

NSP (ne sait pas)

Si non, pourquoi ? (expliquer)

.....

.....

.....

Si oui, quels moyens vous permettent d'affirmer votre efficacité ?

.....

.....

.....

9- Connaissez-vous la méthode de la seringue de 50 mL, qui une fois remplie et bouchée permet de mesurer la force de la pression appliquée ?

Oui

Non

Si oui, à quelle fréquence l'utilisez-vous ?

Toujours

Souvent

Parfois

Jamais

Au début de ma carrière

Autre :

Si oui, estimez-vous que c'est un bon moyen pour maîtriser le geste ?

Oui

Non

10- Pensez-vous qu'au fur et à mesure de votre pratique professionnelle, la manière avec laquelle vous effectuez la manœuvre de Sellick s'est améliorée ? Et expliquer votre réponse.

Oui

Non

NSP

.....

.....

.....

.....

11- Estimez-vous manquer de formation ? Expliquer votre réponse.

Oui

Non

NSP

.....

.....

.....

.....

12- Pensez-vous qu'un entraînement est nécessaire pour la pratiquer convenablement ?

Oui

Non

Si oui, à quelle fréquence ?

.....

13- Pensez-vous qu'il s'agit d'un savoir-faire que l'on acquiert au cours de sa carrière ? Expliquer votre réponse.

Oui

Non

.....

.....

.....

.....

.....

14- Remarques diverses :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d’avoir participé à ce travail, d’y avoir consacré le temps nécessaire et d’avoir répondu honnêtement...

Si vous voulez pouvoir consulter ce travail une fois terminé, écrivez-moi à l’adresse mail suivante, et je vous enverrai mon TIP :

juliensergetessier@yahoo.fr

M. TESSIER Julien

Saint Denis, le 16 octobre 2006

TESSIER Julien
41 rue Auguste Poullain
93200 Saint Denis
Tél : 01 48 23 90 11
06 15 11 44 67

Objet : Demande d'autorisation d'enquête par questionnaires

A Mme Hémart
Directeur des soins

Madame Hémart,

Je suis infirmier, élève de deuxième année en formation à l'école des infirmiers anesthésistes de la Pitié-Salpêtrière, je dois réaliser un Travail d'Intérêt Professionnel qui s'inscrit dans le programme de formation.

Pour ce faire, j'aurai besoin de remettre des questionnaires aux infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat ou aux Cadres des services d'anesthésie.

Je sollicite de votre haute bienveillance l'autorisation d'effectuer cette démarche dans votre établissement.

Je vous joins le questionnaire afin que vous puissiez en prendre connaissance et m'autoriser à l'utiliser.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie d'agréer, Madame, l'assurance de mes respectueuses salutations.

Signature

La manœuvre de Sellick ou pression cricoïdienne fait partie de l'arsenal des techniques et thérapeutiques recommandées dans la prévention du syndrome d'inhalation bronchique.

Elle nécessite un apprentissage précis mais la technique s'acquiert rapidement. La maîtrise du geste est indispensable pour que son efficacité soit optimale. Les IADE possèdent un savoir-faire professionnel incontestable en ce qui concerne la réalisation de la manœuvre de Sellick mais l'efficacité de la pression exercée pourrait être améliorée par des moyens d'entraînement simples, telle que la méthode de Ruth et Griffiths.

Notre objectif à tous étant de garantir au mieux la sécurité du patient.