

Travail d'Intérêt Professionnel

**LA PLACE DE
L INFIRMIER ANESTHÉSISTE
EN SALLE DE SURVEILLANCE
POST INTERVENTIONNELLE**

Van Moorleghem Régis Promotion 2003-2005

Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION	p.1
2 SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE	p.3
2.1 TEXTES REGLEMENTAIRES	p.3
2.1.1 DECRET DU 05 DECEMBRE 1994	p.3
2.1.2 SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE ET REANIMATION : RECOMMANDATIONS	p.5
2.2 L'ACTIVITE EN SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE	p.6
2.3 LE PERSONNEL DE LA SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE	p.9
2.3.1 L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT	p.9
2.3.2 INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLOME D'ETAT	p.12
3 QUESTIONNAIRE	p.13
3.1 PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE	p.14
3.1.1 CHOIX DU QUESTIONNAIRE	p.14
3.1.2 POPULATION ET LIEU	p.14
3.1.3 LIMITE DU QUESTIONNAIRE	p.15
3.2 PRESENTATION DES QUESTIONS	p.15
3.2.1 QUESTION N°1	p.15
3.2.2 QUESTION N°2	p.16
3.2.3 QUESTION N°3	p.16
3.2.4 QUESTION N°4	p.16
3.2.5 QUESTION N°5	p.16
3.2.6 QUESTION N°6	p.17
3.2.7 QUESTION N°7	p.17
3.2.8 QUESTION N°8	p.17

3.2.9 QUESTION N°9	p.17
3.2.10 QUESTION N°10	p.18
3.2.11 QUESTION N°11	p.18
3.2.12 QUESTION N°12	p.18
3.2.13 QUESTION N°13	p.18
4 ANALYSE	p.18
4.1 QUESTION N°1	p.19
4.1.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.19
4.1.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.19
4.2 QUESTION N°2	p.19
4.2.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.19
4.2.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.19
4.3 QUESTION N°3	p.20
4.3.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.20
4.3.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.20
4.4 QUESTION N°4	p.21
4.4.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.21
4.4.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.21
4.5 QUESTION N°5	p.21
4.5.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.21
4.5.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.22
4.6 QUESTION N°6	p.22
4.6.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.22
4.6.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.23
4.7 QUESTION N°7	p.23

4.7.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.23
4.7.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.23
4.8 QUESTION N°8	p.24
4.8.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.24
4.8.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.24
4.9 QUESTION N°9	p.24
4.9.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.24
4.9.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.25
4.10 QUESTION N°10	p.25
4.10.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.25
4.10.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.25
4.11 QUESTION N°11	p.26
4.11.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.26
4.11.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.26
4.12 QUESTION N°12	p.26
4.12.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.26
4.12.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.27
4.13 QUESTION N°13	p.27
4.13.1 ANALYSE QUANTITATIVE	p.27
4.13.2 ANALYSE QUALITATIVE	p.27
5 CONCLUSION	p.28

1 INTRODUCTION

Suite à l'obtention de mon diplôme d'infirmier d'état en décembre 2000, j'ai été affecté en salle de surveillance post interventionnelle à l'hôpital de Meaux où j'ai travaillé jusqu' à mon entrée en école d'infirmiers anesthésistes au centre hospitalier de Poissy-Saint-Germain en octobre 2003.

Quand j'ai commencé, au poste d'infirmier en salle de surveillance post interventionnelle, à l'hôpital de Meaux, j'étais jeune diplômé et je n'avais donc aucune expérience professionnelle et d'autant plus que je n'y avais jamais été en stage durant mes études en école d'infirmiers.

J'ai été encadré, pendant deux mois, par mes collègues infirmiers, qui avait plus de cinq ans d'ancienneté en salle de surveillance post interventionnelle, et par les infirmiers anesthésistes, sur la prise en charge spécifique d'un patient en post opératoire, sur le matériel et sur les différents protocoles utilisés en salle de surveillance post interventionnelle.

J'ai également reçu une formation sur les principales drogues utilisées en anesthésie et leurs effets secondaires et sur les principales complications rencontrées par les patients en post opératoire par le médecin anesthésiste.

Malgré cet encadrement et cette légère formation, j'ai été, à de nombreuses reprises, confronté à des problèmes que je n'arrivais pas à résoudre seul, par méconnaissance de certaines complications post opératoires, méconnaissance des effets secondaires de certaines drogues utilisées en anesthésie (curares et prostigmine), méconnaissance et mauvaise utilisation de certains matériels.

Face à ces situations, il m'a fallu l'aide de mes collègues afin de les résoudre.

Grâce à la présence, à mes côtés, des médecins anesthésistes, de collègues infirmiers anesthésistes, infirmiers, aides-soignants, j'ai continué à apprendre, à approfondir mes connaissances sur l'anesthésie, les temps opératoires, le matériel utilisé pour la surveillance d'un patient en per et post opératoire, améliorer ma gestuelle ainsi que mon relationnel avec le patient en péri opératoire.

En préparant mon concours d'entrée en école d'infirmier anesthésiste et pendant mes études d'infirmier anesthésiste, j'ai approfondi mes connaissances des drogues d'anesthésies, leurs effets sur les différentes fonctions du corps humain et leurs effets secondaires.

J'ai également appris les différents monitorages pour surveiller un patient anesthésié, leurs vérifications et leurs entretiens, les différentes positions utilisées pendant la chirurgie et leurs influences sur les fonctions hémodynamique et respiratoire du patient et sur les différents terrains des patients et la surveillance qui s'y réfère.

Lors de mon stage, en salle de surveillance post interventionnelle à Saint Germain en Laye en Juin 2004, j'ai constaté que mes nouvelles connaissances me permettaient d'avoir une prise en charge plus adaptée au patient, notamment, en fonction de la chirurgie, de l'anesthésie reçue et de son terrain.

Cela me permettait également d'encadrer et d'aider au mieux mes collègues infirmiers dans leur travail.

J'ai donc choisi, dans le cadre de mon travail de fin d'étude, en vue de l'obtention de mon diplôme d'infirmier anesthésiste, de m'interroger sur la place de l'infirmier anesthésiste

diplômé d'état en salle de surveillance post interventionnelle et du rôle qu'il peut y tenir à côté des infirmiers.

Pour cela, je vais traiter tout d'abord de la réglementation et des recommandations concernant la salle de surveillance post interventionnelle, de son activité ainsi que du personnel devant la composer.

Puis j'analyserai un questionnaire transmis à mes collègues infirmiers travaillant dans différentes salles de surveillance post interventionnelle afin de savoir, si la présence d'un infirmier anesthésiste à leur côté est nécessaire, souhaitée et quel rôle pourra lui être attribué en priorité tout en reconnaissant les limites de cette méthode.

Et enfin, je conclurai sur la place de l'infirmier anesthésiste en salle de surveillance post interventionnelle, le rôle qu'il peut y accomplir et sur l'apport de ce travail sur mon futur emploi d'infirmier anesthésiste.

2 SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE

2.1 TEXTES REGLEMENTAIRES

Deux textes régissent la salle de surveillance post interventionnelle dans ses moindres détails, que ce soit de son emplacement en rapport au bloc opératoire, de la surveillance du patient opéré et anesthésié qui doit y être faite et du personnel y étant affecté.

L'obligation de surveiller les patients ayant subi une anesthésie, quelle soit générale ou locorégionale, dans une salle de surveillance post interventionnelle adéquate est donc récente.

2.1.1 DECRET DU 05 DECEMBRE 1994

L'obligation de surveiller tout patient ayant subi une anesthésie générale ou locorégionale dans une salle de surveillance post interventionnelle date du décret n° 94-1050 du 05 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie :

« Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes :...Une surveillance continue après l'intervention ; Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuée. » (Paragraphe 1, Art. D.712-40 du décret n°94-1050 du 05 décembre 1994).

« Sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une unité de soins intensifs ou de réanimation, la surveillance qui suit le transfert du patient est mise en œuvre dans une salle de surveillance post interventionnelle. » (Paragraphe 4, Art D. 712-46 du décret n°94-1050 du 05 décembre 1994).

En effet, avant ce décret, rien n'obligeait à surveiller de manière attentive les patients ayant subi une intervention chirurgicale sous anesthésie. Cela a entraîné de graves incidents pour certains patients. Il existe de nombreuses complications cardio-respiratoires survenant en post opératoires, qu'il faut savoir diagnostiquer et traiter précocement. Cela nécessite donc une surveillance rapprochée du patient en post opératoire immédiat, jusqu'à élimination complète des drogues.

Ce décret a donc décrit, dans ces moindres détails, la salle de surveillance post interventionnelle, son rôle, son équipement nécessaire à la surveillance des patients, son emplacement en rapport aux salles d'opérations, ces modalités de fonctionnement ainsi que le personnel y étant affecté :

« La surveillance continue post interventionnelle mentionnée au 3° de l'article D.712-40 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. » (Paragraphe 4, Art. D. 712-45 du décret n°94-1050 du 05 décembre 1994).

L'équipement obligatoire, nécessaire à la surveillance des patients, comprend tous les dispositifs médicaux permettant de dépister les complications pouvant survenir en post opératoires.

« La salle de surveillance post interventionnelle est dotée de dispositifs médicaux permettant pour chaque poste installé : L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide; Le contrôle continu du rythme cardiaque et l'affichage du tracé électrocardioscopique, par des appareils munis d'alarme, et le contrôle de la saturation du sang en oxygène ; La surveillance périodique de la pression artérielle ; Les moyens nécessaires au retour à un équilibre

thermique normal pour le patient.» (Paragraphe 4, Art. D. 712-47 du décret n°94-1050 du 05 décembre 1994).

Toujours dans un but de prévention des complications post opératoires qui peuvent survenir dès la sortie de la salle d'opération et donc pendant le transfert du patient jusque dans la salle de surveillance post interventionnelle, le décret a précisé son emplacement pour éviter un temps de transfert trop long, ses horaires et sa capacité afin d'assurer une souplesse d'organisation du bloc opératoire.

« La salle de surveillance post interventionnelle doit être située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiqués les anesthésies et dont le regroupement doit être favorisé, notamment des secteurs où sont pratiquée les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle.

Ses horaires d'ouverture doivent tenir compte du tableau fixant la programmation des interventions..., et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences.

Toute nouvelle salle de surveillance post interventionnelle, y compris lorsqu'elle est créée par regroupement de salles existantes, afin notamment de respecter les normes de personnel paramédical..., doit comporter une capacité minimale de quatre postes. » (Paragraphe 4, Art. D. 712-48 du décret n°94-1050 du 05 décembre 1994).

Le décret nous précise, également, le personnel affecté à la salle de surveillance post interventionnelle. Il indique la présence d'au moins un infirmier et si possible un infirmier anesthésiste.

Le décret reconnaît la spécificité de l'infirmier anesthésiste pour la surveillance d'un patient en post opératoire immédiat, sans pour autant obliger les établissements de soins à recruter des infirmiers anesthésistes pour travailler au sein de leur salle de surveillance post interventionnelle.

« Les patients admis dans une salle de surveillance post interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux,...affectés exclusivement à ladite salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.

Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier diplômé d'état formé à ce type de surveillance, si possible un infirmier anesthésiste diplômé d'état.

Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'état formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'état. » (Paragraphe 4, Art. D. 712-49 du décret n° 94-1050 du 05 décembre 1994).

2.1.2 SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE ET REANIMATION : RECOMMANDATIONS

La SFAR, Société Française d'Anesthésie et Réanimation, publie régulièrement des recommandations, à l'usage de tous les professionnels de santé travaillant dans le domaine de l'anesthésie et de la réanimation, sur toutes les pratiques relevant de nos compétences.

La recommandation concernant la salle de réveil, appelée maintenant salle de surveillance post interventionnelle, date de 1990 et a été remise à jour en 1994, date du décret régissant la pratique anesthésique dans :

« Recommandations concernant la surveillance et les soins post anesthésiques » (SFAR, septembre 1990-1994).

Ces recommandations ont le même but que le décret, c'est celui d'avoir des conditions de surveillance du patient opéré et anesthésié optimales afin de prévenir, diagnostiquer ou traiter précocement les complications pouvant survenir en post opératoire et d'unifier les différentes méthodes utilisées par les médecins anesthésistes de toute la France.

La surveillance du patient venant d'être opéré doit être commune à toutes les salles de surveillance post interventionnelle, ces recommandations précisent donc le type de surveillance et le matériel devant nécessairement y être présent :

« La salle de réveil dispose de l'équipement nécessaire à la surveillance de l'opéré ainsi qu'au rétablissement et au maintien des fonctions vitales. Tout patient doit pouvoir bénéficier d'une surveillance par moniteur ECG et oxymètre de pouls si son état le requiert. Le matériel nécessaire au traitement de l'arrêt circulatoire (défibrillateur), à la ventilation manuelle et instrumentale (ventilateur), est disponible. » (La salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994).

La surveillance, des possibles complications post opératoires, commence dès la sortie du patient de la salle d'opération. Les modalités de transfert du patient, ainsi que l'emplacement de la salle de réveil en fonction du bloc opératoire, pour éviter les temps de transfert trop long, sont précisées par ces recommandations :

« La salle de réveil est située, dans la mesure du possible, à proximité du bloc opératoire pour limiter la durée de transport du patient et permettre l'intervention rapide d'un médecin anesthésiste. Elle dispose d'un moyen de communication rapide avec le bloc opératoire (interphone par exemple) et le(s) médecin(s) anesthésiste(s). Elle est correctement ventilée et facile à désinfecter. » (La salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994),

« Pendant son transfert de la salle d'intervention vers la salle de réveil ou l'unité de réanimation, le patient est accompagné du médecin qui a pratiqué l'anesthésie ou d'un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie. En cours de transport, une surveillance constante et des soins appropriés sont assurés. Un dispositif d'oxygénothérapie mobile, un oxymètre de pouls et un moniteur ECG doivent être disponibles si l'état du patient, le type d'acte effectué et/ou la longueur du trajet l'impose. Quand un transport par ambulance s'avère nécessaire, celle-ci doit être médicalisée. » (La salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994).

La SFAR a également repris point par point le déroulement de la prise en charge d'un patient opéré et anesthésié, de sa sortie de la salle d'opération, à sa sortie de la salle de surveillance post interventionnelle et ceci, toujours dans un but d'unifier les différentes pratiques.

Ce déroulement se décompose par l'arrivée du patient en salle de surveillance post interventionnelle avec les transmissions entre l'équipe d'anesthésie et le personnel médical ou paramédical le prenant en charge, le type de surveillance dont il doit bénéficier puis sur la décision médicale de sa sortie en service d'hospitalisation.

« A l'arrivée en salle de réveil, une transmission verbale et écrite est effectuée entre la personne accompagnante, l'infirmier(e) d'accueil et/ou le médecin anesthésiste responsable de la salle de réveil. Elle porte sur l'anesthésie et l'acte effectué ainsi que sur la surveillance et les soins particuliers à assurer. » (Surveillance des patients en salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994),

« En salle de réveil, le patient est soumis à une surveillance constante et adaptée à son état. Elle concerne en particulier l'oxygénation et la ventilation, la circulation, l'état de conscience, la température, les effets résiduels de l'anesthésie générale, de l'anesthésie locorégionale ou de la sédation. La fréquence respiratoire, l'amplitude et la symétrie des mouvements thoraciques, la fréquence cardiaque et la pression artérielle ainsi que l'état neurologique sont surveillés et notés régulièrement. La surveillance est renforcée lors du sevrage du ventilateur et dans les suites de l'extubation trachéale. » (Surveillance des patients en salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994),

« La durée du séjour en salle de réveil dépend de l'état du patient, de l'anesthésie, de l'intervention et de ses suites. La sortie est décidée par un médecin anesthésiste quand le patient a récupéré ses réflexes de protection, un niveau de coopération proche de celui qu'il avait avant l'acte et quand la survenue à brève échéance de complications respiratoires et circulatoires est devenue improbable. » (Surveillance des patients en salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994).

2.2 L'ACTIVITE EN SALLE DE SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE

L'activité en salle de surveillance post interventionnelle est très importante, elle comporte non seulement l'accueil, la mise en condition pré anesthésique, la surveillance de patients ayant subi une anesthésie générale, locorégionale et/ou sédation mais également l'accueil et la prise en charge d'un patient polytraumatisé.

Il s'effectue également, dans certaines salles de surveillance post-interventionnelle, des actes nécessitant des anesthésies de courte durée (choc électrique externe, sismothérapie...), des actes techniques, comme la pose de cathéter central, locorégional, transfusion de produits sanguins labiles sous certaines conditions, et la surveillance de patients nécessitant des soins de réanimation, sans oublier un rôle très important dans la matériovigilance.

La surveillance clinique, instrumentale et biologique du patient, englobe le dépistage et le traitement des complications respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, urologiques, thermiques, neurologiques et de la douleur. Ceci due aux retentissements des drogues anesthésiques, des positions opératoires ainsi que du type d'intervention sur le réveil des patients.

En effet, les drogues anesthésiques les plus utilisées en anesthésie ont toutes des effets secondaires retentissant sur les grandes fonctions vitales du patient pouvant induire des complications post opératoires :

Les benzodiazépines, utilisées pour lutter contre l'angoisse pré opératoire, de durée d'action longue, en association avec les hypnotiques qui induisent l'anesthésie, peuvent entraîné des retards de réveil avec des dépressions respiratoires.

Les opioïdes utilisés pour l'analgésie peuvent induire des dépressions respiratoires, des troubles urologiques à type de rétention urinaire, ainsi que des troubles digestifs à type de constipation.

Les curares, qui entraînent une paralysie musculaire, peuvent, en cas de mauvaise élimination, entraîner de graves dépressions respiratoires.

Les anesthésiques locaux, utilisés dans les anesthésies locorégionales, sont cardio et neurotoxique en cas de passage systémique et ceci même à faible dose.

La chirurgie est également responsable des complications pouvant survenir en salle de surveillance post interventionnelle.

En effet, elle nécessite différentes positions du patient qui peuvent induire des douleurs, en plus des complications vasculo-nerveuses qu'il faudra déceler.

La chirurgie, en elle-même, entraîne des complications cardio-vasculaire à type d'hémorragie ou de variations hémodynamiques importantes, des complications respiratoires à type d'atélectasies ou de syndrome pulmonaire restrictif, des complications rénales à type de levée d'obstacle, des complications neurologiques à type d'ischémie cérébrale et des complications endocriniennes à type d'hypo/hyperglycémie ou de modifications électrolytiques.

L'hypoxie, les obstructions qu'elles soit d'origines pharyngées ou laryngées, des laryngospasmes, des bronchospasmes sont les complications respiratoires les plus souvent rencontrées et qui sont favorisées, comme vu précédemment, par les drogues anesthésiques ainsi que le geste chirurgicale.

Les épisodes d'hypotension dues à une hypovolémie vasoplégique, induite par les drogues anesthésiques, ou une hémorragique causé par la chirurgie peuvent conduire, associé à l'hypoxémie, à l'arrêt cardio-respiratoire. Les troubles du rythme cardiaque sont également les complications cardio-vasculaires qu'il va falloir déceler en salle de surveillance post-interventionnelle.

Les nausées et vomissements sont les complications les plus fréquemment rencontrées en salle de surveillance post interventionnelle et sont celles qui laissent le plus mauvais souvenir au patient après avoir subi une intervention chirurgicale. Elles peuvent se compliquer d'une inhalation pulmonaire très grave, responsable d'un oedème pulmonaire, qui peut évoluer vers un syndrome de détresse respiratoire aigue, si les réflexes de protection sont diminués ou abolis.

La rétention urinaire, due aux opioïdes ou à certaines chirurgies urologiques, n'est pas à négliger car elle peut être responsable d'agitation ou de douleurs mais, également, le signe d'une complication opératoire.

L'hypothermie post opératoire est responsable d'hypoxémie et d'ischémie, ou nécrose myocardique, due à l'augmentation de la consommation d'oxygène par les frissons induits.

Les atteintes neurologiques avec retard de réveil, désorientation, voire même convulsions sont les conséquences soit des drogues anesthésiques, soit du passage dans la circulation systémique des anesthésiques locaux. La surveillance des complications des anesthésies

locorégionales est importante en salle de surveillance post interventionnelle, que ce soit au moment du geste ou à la sortie du patient de la salle d'opération.

La douleur aiguë post opératoire reste la complication principale du patient venant de subir une intervention chirurgicale. Sa prise en charge nécessite une bonne connaissance physiologique de la douleur, l'emploi d'outil d'évaluation de cette douleur, des notions sur la pharmacologie des antalgiques utilisés ainsi que sur la stratégie de lutte contre la douleur, en plus de la mise en place rapide des prescriptions médicales.

La connaissance des drogues anesthésiques, du type d'intervention ainsi que des différentes positions utilisées en chirurgie est très importante pour le personnel travaillant en salle de surveillance post interventionnelle afin d'ajuster la surveillance du patient et éviter toutes les possibles complications rencontrées en post opératoire.

La surveillance anesthésique et chirurgicale implique l'emploi de techniques et d'appareils qu'il faut connaître, utiliser et entretenir, ce qui entraîne, pour le personnel travaillant en salle de surveillance post interventionnelle, une grande connaissance dans le domaine de la matériovigilance.

La mauvaise utilisation du matériel, par méconnaissance ou par mauvaise manipulation, est lui-même responsable de complications post opératoires.

L'obligation, pour le personnel utilisant des dispositifs médicaux, de connaître les conditions d'utilisation, de stockage, d'entretien et de vérification de ceux-ci est d'écrit dans l'arrêté du 03 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux :

« Les matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du code de la santé publique : font l'objet d'une vérification de leur bon état et de leur bon fonctionnement avant utilisation sur les patients ; font l'objet d'une maintenance organisée, adaptée à leurs conditions d'utilisation. » (Art 1^{er}).

2.3 LE PERSONNEL DE LA SALLE DE SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE

2.3.1 L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT

Il est précisé, dans les deux textes régissant la salle de surveillance post-interventionnelle, (décret n°94-1050 du 05 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et la Société Française de Réanimation en septembre 1990-1994 avec ces recommandations concernant la surveillance et les soins post anesthésiques), l'emploi d'infirmier diplômé d'état et si possible d'un infirmier anesthésiste diplômé état pour travailler au sein de la salle de réveil :

« Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier diplômé d'état formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'état. » (Art D.712-49 du décret n°94-1050 du 05 décembre 1994),

« En salle de réveil le patient est surveillé par un personnel infirmier qualifié, sous la direction d'un médecin anesthésiste-réanimateur. » (Le personnel de la salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994),

«Le personnel infirmier est entraîné à reconnaître l'atteinte d'une fonction vitale et de pallier sa défaillance en attendant l'arrivée du médecin. En salle de réveil la présence d'au moins un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie-réanimation est recommandée. » (Le personnel de la salle de réveil, SFAR, septembre 1990-1994).

Le rôle de l'infirmier diplômé d'état est régi par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 qui décrit l'exercice de la profession d'infirmier, son rôle propre, les actes relevant de son rôle propre, les actes infirmiers sur prescription médicale, les actes infirmiers sur prescription médicale quand un médecin peut intervenir à tout moment et sa participation avec le médecin à la mise en œuvre de certaines techniques.

On a vu que l'activité en salle de surveillance post interventionnelle est variée et nécessite un grand nombre de compétences théoriques, techniques et relationnelles.

L'infirmier y a donc sa place et utilise même le maximum de ses compétences tant au niveau de son rôle propre que de son rôle délégué sur prescription médicale.

En effet, l'infirmier travaillant en salle de surveillance post interventionnelle vérifie tous les matins, le chariot d'urgence avec le plateau d'intubation, les respirateurs, le défibrillateur, les scopes et le matériel de réanimation cardio pulmonaire présent dans chaque box (arrivée des fluides, ballon, valves, filtres, masques, aspiration, solutés de remplissage), avant l'arrivée des premiers patients. Ceci fait donc appel à son rôle délégué sur prescription médicale et doit être vérifié par le médecin anesthésiste de la salle de surveillance post interventionnelle :

« Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils. » (Art.6 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Il a donc un rôle important dans la matériovigilance qui dépend également de son rôle propre :

« Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ; » (Art.5 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Puis, il accueille le patient en pré opératoire pour le conditionner à l'anesthésie en le scopant, en le perfusant et éventuellement il pourra pratiquer un électrocardiogramme et un bilan sanguin, ceci relève de son rôle délégué sur prescription :

« Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ; »

« Enregistrements simples d'électrocardiogrammes... ; »

« Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ; » (Art.6 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Après l'intervention, l'infirmier accueille le patient intubé ou extubé, l'installe dans son lit, le scope, le réchauffe, prend les transmissions de la part de la personne qui l'a accompagnée pendant son transfert (le plus souvent l'infirmier anesthésiste) et met en route les prescriptions de réanimations et d'antalgiques.

L'infirmier surveillera le patient toutes les dix à quinze minutes pendant toute la durée de son passage en salle de réveil, préviendra les complications possibles, et ce jusqu'à sa récupération complète de ses réflexes de protection.

Ceci relève de son rôle délégué sur prescription médicale pour la mise en place des prescriptions médicales d'antalgiques et de médicaments de réanimation :

« Scarifications, injections et perfusions... ; »

« Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ; »

« Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie... ; »

« Soins et surveillance d'un patient intubé... ; »

« Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ; »

« Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie... ; » (Art.6 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

« L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. »

(Art.7 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Mais cette surveillance fait également appel à son rôle propre :

« Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ; »

« Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ; »

« Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ; »

« Ventilation manuelle instrumentale par masque ; »

« Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ; »

« Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ; »

« Surveillance des cathéters, sondes et drains ; » (Art.5 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

On a également vu que la salle de surveillance post interventionnelle accueille des patients polytraumatisés ou nécessitant des soins de réanimation. Ceci fait appel à son rôle délégué sur prescription médicale quand un médecin peut intervenir à tout moment et participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques :

« Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ; »

« Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux... ». (Art.8 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

« Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ; » (Art.9 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Mais la compétence de l'infirmier, en ce qui concerne l'anesthésie, est limitée par le décret. En effet, l'infirmier ne peut pas participer aux anesthésies et la surveillance du patient en post opératoire ne doit pas dépasser ses compétences :

« Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :...De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou loco régionale mentionnées à l'article 10 ci-après. » (Art.6 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

« Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ; » (Art.8 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

2.3.2 INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLOME D'ETAT

On a vu précédemment que les deux textes régissant la salle de surveillance post interventionnelle précisent de choisir préférentiellement un infirmier anesthésiste pour travailler en salle de réveil.

Le rôle spécifique de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état est précisé dans l'article 10 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 :

« L'infirmier anesthésiste diplômé d'état est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole à appliquer les techniques suivantes : Anesthésie générale ; Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ; Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. » (Art 10).

Cet article précise également le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état en salle de surveillance post interventionnelle :

« En salle de surveillance post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. » (Art 10).

En effet, dans de nombreuses salle de surveillance post interventionnelle, on effectue des actes d'anesthésie de courte durée, des extubations qui nécessite la présence obligatoire d'un infirmier anesthésiste, mais également aussi pour réaliser avec le médecin anesthésiste des anesthésies locorégionales.

La Société d'Anesthésie Réanimation a également émis des recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état en janvier 1995 :

« L'IADE travaille en équipe avec le médecin anesthésiste-réanimateur. La nature de ce travail tient à la fois de l'exécution de prescriptions médicales et de la réalisation de tâches clairement précisées, qui lui sont confiées en fonction de sa compétence propre. L'intervention de l'un et de l'autre varie selon l'importance des actes d'anesthésie et de chirurgie. L'IADE peut, en présence du médecin anesthésiste-réanimateur, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou le protocole établi. » (Activités de soins, SFAR, janvier 1995),

« L'IADE participe à la réalisation des anesthésies locorégionales. » (Activités de soins, SFAR, janvier 1995)

« Face à une urgence extrême et vitale, l'IADE est tenu de mettre en œuvre, sans attendre, les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence. » (Activités de soins, SFAR, janvier 1995).

Le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état dans le domaine de la matériovigilance et de l'hémovigilance est précisé dans les recommandations de la Société Française de Réanimation de janvier 1995 :

« Parallèlement à ses activités de soins, l'IADE a, en raison de ses compétences, un rôle de gestionnaire du matériel d'anesthésie-réanimation, en particulier : La gestion du petit matériel anesthésique, à usage unique ou non, le réapprovisionnement journalier de la salle d'opération, la gestion du stock du bloc opératoire ; ...La gestion des médicaments utilisés en anesthésie-réanimation ; La surveillance de l'approvisionnement en produits sanguins au niveau du plateau technique concerné : vérification de la délivrance, de la conservation et de la comptabilité, participation à la traçabilité des produits sanguins et aux techniques d'économie de sang. » (Responsabilité de gestion, SFAR, janvier 1995).

La Société d'Anesthésie Réanimation a justifié la présence de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état en salle de surveillance post interventionnelle dans ces recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état de janvier 1995 :

« La présence de l'IADE en salle de surveillance post-interventionnelle se justifie par son aptitude à évaluer les signes de réveil, à reconnaître les accidents susceptibles de se produire et à mettre en œuvre sans délai les gestes techniques indispensables, notamment aspiration, intubation, ventilation. La présence d'au moins un IADE en salle de surveillance post-interventionnelle est recommandée. » (L'IADE en salle de surveillance post-interventionnelle, SFAR, janvier 1995).

Au vu de ces textes régissant la salle de surveillance post-interventionnelle ainsi que de son activité, la question se pose de connaître la place de l'infirmier anesthésiste auprès de ses

collègues infirmiers au sein de celle-ci et de savoir quels rôles doit-il préférentiellement y accomplir.

3 QUESTIONNAIRE

3.1 PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

3.1.1 CHOIX DU QUESTIONNAIRE

Afin de connaître la place la plus appropriée de l'infirmier anesthésiste en salle de surveillance post interventionnelle et d'en définir ses rôles, j'ai décidé d'établir un questionnaire avec des questions fermées et à réponses à choix multiples s'adressant au infirmier y travaillant.

Le choix du questionnaire est justifié par le fait d'obtenir le plus grand échantillon possible d'infirmier et de salle de surveillance post interventionnelle afin de comparer leurs pratiques respectives.

En effet, des entretiens ne m'auraient pas permis de mettre en évidence les éventuelles difficultés rencontrées par les infirmiers pendant leur travail, les solutions mise en place ou pouvant être mise en place et de comparer les rôles attribués aux infirmiers anesthésistes dans les différentes salles de surveillance post interventionnelle interrogées.

Le choix de composer ce questionnaire à l'aide de questions fermées à réponses à choix multiples me permet de comparer au mieux les différentes réponses des infirmiers interrogés et d'obtenir des réponses préalablement envisagées.

En effet, avec les réponses à choix multiples, je cible les différentes réponses possibles ce qui me permet d'éviter des réponses trop dispersées ou incomplètes qui ne me permettraient pas de les comparer et donc d'arriver à des résultats non exploitables.

3.1.2 POPULATION ET LIEU

Mon questionnaire s'adresse aux infirmiers de salle de surveillance post interventionnelle car c'est la catégorie professionnelle la plus représenté, recommandé par la SFAR et obligé par le décret n°94-1050 du 05 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé.

Il a pour but de connaître et cibler les infirmiers travaillant en salle de surveillance post interventionnelle, leur ancienneté, leur parcours professionnel, les formations qu'ils ont reçues depuis qu'ils y sont en poste et leurs connaissances dans le domaine de l'anesthésie.

Il va permettre de savoir le rôle qu'ils ont en salle de surveillance post interventionnelle, les outils qu'ils utilisent dans leur quotidien et sur qui ils s'appuient lorsqu'ils sont en difficultés face à un matériel ou à une prise en charge de patient.

Et il permet également de connaître la position et le sentiment des infirmiers sur la présence d'infirmiers anesthésistes à leur côté et leur rôle en salle de surveillance post interventionnelle.

Les lieux visés par ce questionnaire sont les salles de surveillance post interventionnelle quelque soit le personnel qui la compose (infirmier avec ou sans infirmier anesthésiste).

Il permet de préciser l'activité effectuée, le personnel qui la compose, les outils et les personnes mis à disposition des infirmiers afin d'éviter les dysfonctionnements.

3.1.3 LIMITE DU QUESTIONNAIRE

Pour que l'analyse d'un questionnaire soit la plus proche de la réalité, être au plus prêt de ce qui se passe vraiment dans les salle de surveillance post interventionnelle, il faudrait interroger au moins quatre vingts infirmiers travaillant dans au moins dix salles de surveillance post interventionnelle.

Il faudrait également pouvoir comparer les salles de surveillance post interventionnelle qui travaille avec une collaboration infirmier et infirmier anesthésiste versus infirmier seul pour observer ou non l'avantage de la présence de l'infirmier anesthésiste.

Malheureusement je n'ai pu interrogé que trois salles de surveillance post interventionnelle, dont deux travaillant avec une collaboration infirmier avec infirmier anesthésiste, et je n'ai reçu que trente réponses à mes questionnaires ce qui me paraît peu pour me faire une véritable idée sur le fonctionnement des salle de surveillance post interventionnelle.

Le fait d'avoir choisi des questions fermées avec des réponses à choix multiples oriente quelque peu les réponses obtenues.

En effet, le fait de proposer un choix de différentes réponses pensées auparavant par moi peut restreindre et orienter leur choix, même si j'ai essayé de limiter ce phénomène en introduisant un échappatoire avec la réponse « autres, précisez ».

3.2 PRESENTATION DES QUESTIONS

3.2.1 QUESTION N°1

La question n°1 s'intéresse à l'ancienneté de l'infirmier questionné.

Ce facteur est important car l'expérience accumulée tout au long de sa carrière permet à l'infirmier une plus grande autonomie de par sa maîtrise de ses gestes techniques, un sens clinique plus développé (primordiale en salle de surveillance post interventionnelle), des connaissances plus approfondis et une meilleur gestion de son stress.

Ceci va également avoir une incidence sur la nécessité d'une formation complémentaire pour travailler en salle de surveillance post interventionnelle pour les infirmiers n'ayant très peu d'expérience.

3.2.2 QUESTION N°2

La question n°2 s'intéresse à l'ancienneté de l'infirmier au sein de la salle de surveillance post interventionnelle.

Ce facteur est important car ce service est complexe de par sa variété d'activité et de matériels qu'on y rencontre et cela nécessite un apprentissage important et assez long de son personnel avant d'être totalement opérationnel et autonome.

Ceci nous permet donc de savoir où en est le sondé dans son apprentissage de la salle de surveillance post interventionnelle.

3.2.3 QUESTION N°3

La question n°3 s'interroge sur une formation spécifique à la salle de surveillance post interventionnelle reçue ou non par les infirmiers y travaillant et par qui elle a été faite.

En effet, ce service nécessite des nouvelles connaissances en anesthésie et plus particulièrement aux drogues utilisées et leurs effets et cela va permettre de définir un rôle pour l'infirmier anesthésiste de la salle de surveillance post interventionnelle.

3.2.4 QUESTION N°4

La question n°4 s'intéresse au parcours professionnel de l'infirmier avant de venir travailler en salle de surveillance post interventionnelle et rejoint donc la question n°1.

Ceci est important dans la mesure où la salle de surveillance post interventionnelle est un service particulier avec une prise en charge du patient différente de ce qui se rencontre dans les autres services d'hospitalisations. Deux services cependant s'en rapprochent de par le même matériel de surveillance rencontré, ce sont les services de réanimation et des urgences qui composent le pôle technique.

Les infirmiers venant de ses services ont donc un apprentissage facilité et une autonomie plus rapide.

3.2.5 QUESTION N°5

La question n°5 s'intéresse à l'activité exercée dans leur salle de surveillance post interventionnelle.

Ceci précise la grande variété d'actes réalisés et donc d'une grande polyvalence requise de la part des infirmiers y travaillant.

Mais cela met également en évidence des activités qui demandent des compétences qui ne sont pas prévues dans le décret des infirmiers.

Cette question peut permettre de définir un deuxième rôle de l'infirmier anesthésiste en salle de surveillance post interventionnelle de par leur compétence en anesthésie.

3.2.6 QUESTION N°6

La question n°6 rejoint la question n°5 et s'intéresse aux actes réalisés par les infirmiers au sein de leur salle de surveillance post interventionnelle.

Ceci met en évidence le dépassement de compétence auquel sont confrontés les infirmiers y travaillant et donc de justifier la présence d'infirmier anesthésiste pour accomplir ces actes.

3.2.7 QUESTION N°7

La question n°7 questionne sur la présence d'un médecin anesthésiste à temps plein au sein de la salle de surveillance post interventionnelle.

Ceci peut mettre en évidence, en cas de réponse négative, le besoin d'un infirmier anesthésiste en encadrement des infirmiers afin d'éviter les situations nécessitant un surplus de compétences en anesthésie que n'ont pas les infirmiers.

3.2.8 QUESTION N°8

La question n°8 s'intéresse à la présence d'infirmier anesthésiste au sein de leur salle de surveillance post interventionnelle et le rôle qui leur est attribué en rapport aux actes effectués par les infirmiers.

Ceci va permettre de savoir comment sont utilisés les infirmiers anesthésistes et si leur compétence dans le domaine de l'anesthésie est mis en avant pour l'attribution de leur rôle en salle de surveillance post interventionnelle.

3.2.9 QUESTION N°9

La question n°9 s'intéresse à l'organisation des salles de surveillance post interventionnelle au niveau de la matériovigilance.

Il s'agit de savoir si ce rôle est dévolu à une personne et si oui, de connaître sa catégorie socioprofessionnelle.

3.2.10 QUESTION N°10

La question n°10 s'intéresse aux outils mis à disposition des infirmiers dans le domaine de la matériovigilance et de savoir si les infirmiers les utilisent.

3.2.11 QUESTION N°11

La question n°11 complète les questions N°9 et 10 dans le domaine de la matériovigilance en questionnant sur les éventuelles difficultés rencontrées face à certains matériels utilisés par les infirmiers.

Elle se renseigne également sur la cause et sur la personne qui les a aidé à résoudre le problème.

Ceci peut mettre en évidence les difficultés pour les infirmiers de connaître l'utilisation de tout le matériel utilisé en anesthésie et de définir un rôle pour les infirmiers anesthésistes en salle de surveillance post interventionnelle.

3.2.12 QUESTION N°12

La question n°12 interroge les infirmiers sur leur connaissance des drogues anesthésiques et de connaître la personne ou la formation qui leur a transmis.

Cette question s'articule avec la question n°3 qui s'intéresse à la formation reçue pour travailler en salle de surveillance post interventionnelle et le rôle qui peut être attribué aux infirmiers anesthésistes dans l'encadrement.

3.2.13 QUESTION N°13

La question n°13 s'intéresse au sentiment des infirmiers sur la présence à leur côté d'infirmier anesthésiste et si leur présence serait bénéfique pour le fonctionnement de la salle de surveillance post interventionnelle.

4 ANALYSE

J'ai envoyé mes questionnaires à trois salles de surveillance post interventionnelle (Centre hospitalier de Saint Germain en Laye, Centre Hospitalier de Lagny sur Marne et Centre Hospitalier de Meaux) et j'ai reçu trente réponses.

Sur ces trente questionnaires reçus, toutes les questions ont été traitées.

4.1 QUESTION N°1

4.1.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir depuis quand ils sont diplômés, il y a quatre réponses possibles : moins d'un an, de un à trois ans, de trois à six ans et six ans et plus.

Sur les trente réponses, on a 2 infirmiers qui ont moins d'un an de diplôme soit 7%, 7 infirmiers qui ont entre un et trois ans de diplôme soit 23%, 5 infirmiers qui ont entre trois et six ans de diplôme soit 17% et 16 infirmiers qui ont plus de six ans d'ancienneté soit 53%.

4.1.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que plus de la majorité des infirmiers (53%) travaillant en salle de surveillance post interventionnelle ont plus de six ans d'ancienneté dans la profession infirmière et qu'à l'inverse moins un tiers (30%) ont moins de trois ans d'ancienneté.

Ceci s'explique par le fait que la salle de surveillance post interventionnelle est un service particulier nécessitant du personnel avec une certaine expérience dans la profession afin de maîtriser ses compétences et sa technique pour ne pas que ce soit un frein à l'acquisition de nouvelles connaissances en anesthésie.

4.2 QUESTION N°2

4.2.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir depuis quand ils travaillent en salle de surveillance post interventionnelle, il y a quatre réponses possibles : moins d'un an, de un à trois ans, de trois à six ans et six ans et plus.

Sur les trente réponses, on a 6 infirmiers qui ont moins d'un an d'ancienneté dans le service soit 20%, 14 infirmiers qui ont de un à trois ans soit 47%, 7 infirmiers qui ont de trois à six ans soit 23% et on a 3 infirmiers qui ont plus de six ans d'ancienneté dans le service soit 10%.

4.2.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que la population interrogée a peu d'expérience dans le service, 70% ont moins de trois ans d'ancienneté et seulement 10% ont plus de six ans d'ancienneté.

Ceci peut s'expliquer par deux points, le premier est que la salle de surveillance post interventionnelle est un service attractif auprès des infirmiers et le deuxième est que la population infirmière y travaillant est attirée par le métier d'infirmier anesthésiste et donc passe le concours après trois ans d'ancienneté dans la majorité des cas ce qui entraîne un « turnover » permanent.

Ce « turnover » pose le problème de l'encadrement des nouveaux infirmiers par leurs collègues ayant très peu d'expérience dans le domaine de l'anesthésie.

Cela permet donc de mettre en évidence le rôle de l'infirmier anesthésiste de salle de surveillance post interventionnelle comme encadrant.

Et ceci aura, je pense, une répercussion sur les réponses à ce questionnaire quant à leur besoin d'être épaulé dans leur travail et donc de justifier une présence d'infirmier anesthésiste comme référent auprès d'eux.

4.3 QUESTION N°3

4.3.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir si ils ont reçu une formation complémentaire pour travailler en salle de surveillance post interventionnelle, il y a deux réponses, oui ou non. Si la réponse est oui, il y a cinq réponses possibles pour savoir par qui elle a été faite, qui sont le médecin anesthésiste, le cadre, l'infirmier anesthésiste, une formation extra hospitalière et autres.

Sur les trente réponses, on a 18 réponses positives soit 60% et 12 réponses négatives soit 40% des infirmiers interrogés.

Sur les dix huit réponses positives, on a 6 formations complémentaires faites par un médecin anesthésiste soit 33%, 5 faites par un infirmier anesthésiste soit 28%, 5 formations extrahospitalières soit 28% et 2 faites par un collègue infirmier soit 11%.

4.3.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que pratiquement la moitié des infirmiers n'ont pas eu de formations complémentaires pour travailler en salle de surveillance post interventionnelle, ce qui est pour moi un manque, car le travail dans ce service nécessite des connaissances en anesthésie et sa répercussion sur les grandes fonctions, pour pouvoir prendre en charge efficacement un patient en post opératoire.

Pour ceux qui ont reçu une formation, on observe tout d'abord que très peu (11%) ont été faite par un collègue infirmier ce qui rejoint l'analyse de la question n°2 concernant l'ancienneté des infirmiers dans ce service et d'autre part que ce rôle n'est attribué à aucune spécialité en particulier.

La question est de savoir pour quelle raison la moitié des infirmiers n'a pas reçu de formation complémentaire et surtout de savoir si on ne peut pas attribuer ce rôle à l'infirmier anesthésiste de salle de surveillance post interventionnelle.

4.4 QUESTION N°4

4.4.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir dans quel service ils ont travaillé avant de venir en salle de surveillance post interventionnelle, il y a cinq réponses possibles qui sont les services de réanimation, du bloc opératoire, de chirurgie, de médecine, sortie d'école ou autres.

Sur trente réponses, on en a 14 qui viennent de réanimation soit 46%, 6 qui viennent de chirurgie soit 20%, 1 qui vient de médecine soit 3%, 3 qui viennent des urgences soit 10% et 6 qui sortent de l'école soit 20% des infirmiers interrogés.

4.4.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que près de la moitié vient d'un service de réanimation, ce qui paraît logique du fait que c'est le service s'en rapprochant le plus quant à la prise en charge des patients, des drogues et du matériel de surveillance utilisés.

L'encadrement et l'adaptation en sera donc facilité pour ces infirmiers, mais l'autre moitié vient de service où la prise en charge et le matériel sont différent voire presque un quart sorte de l'école (20%) donc leur autonomie et leur encadrement est plus long et nécessite la présence de personnel expérimenté à leur côté.

Ceci rejoint donc l'analyse de la question n°2 sur l'importance d'un bon encadrement de ces infirmiers.

4.5 QUESTION N°5

4.5.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir quelle est l'activité de leur salle de surveillance post interventionnelle, il y a six réponses possibles qui sont la surveillance post opératoire, la prise en charge du polytraumatisé, la prise en charge pré anesthésique, l'anesthésie locorégionale, les anesthésies de courte durée et autres, tout en sachant qu'il était possible de cocher plusieurs réponses.

Sur trente réponses, on a 30 qui effectuent de la surveillance post opératoire soit 100%, 15 qui accueillent des polytraumatisés soit 50%, 20 qui effectuent une prise en charge pré anesthésique soit 66%, 30 qui effectuent des anesthésies locorégionales soit 100%, 22 qui effectuent des anesthésies de courte durée soit 73%, et 10 qui ont répondu autres et précisent, que sont les aides à la pose de cathéter central, de blood patch, de surveillance de patient de réanimation soit 33%.

4.5.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que toutes les salles de surveillance post interventionnelle interrogées font de la surveillance post opératoire et effectuent des anesthésies locorégionales, ce qui est logique dans la mesure où ce sont ces fonctions, mais pose la question des compétences des infirmiers à aider le médecin lors de la réalisation des anesthésies locorégionales et donc de leur recrutement exclusif. Ce problème se pose également dans le fait que les trois quarts (73%) effectuent des anesthésies de courte durée.

En effet le décret infirmier n'autorise que les infirmiers anesthésistes à pratiquer des anesthésies avec le médecin anesthésiste. (Art 10, décret n°2002-194 du 11 février 2002).

Les deux tiers (66%) effectuent une prise en charge pré anesthésique et près de la moitié accueille les polytraumatisés ce qui implique une organisation particulière de la salle de surveillance post interventionnelle notamment dans les locaux mais surtout dans le détachement du personnel pour permettre de continuer la prise en charge des patients en post opératoire.

Ce rôle qui nécessite des connaissances en anesthésie et réanimation d'un patient choqué et une maîtrise de sa technique peut être attribué à l'infirmier anesthésiste car ce rôle ne nécessite pas d'y être affecté à plein temps.

Le tiers (30%) d'activités annexes effectuées en salle de surveillance post interventionnelle nous montre bien la grande variété de ce service.

4.6 QUESTION N°6

4.6.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir quelle est leur rôle au sein de leur salle de surveillance post interventionnelle, il y a six réponses possibles, à savoir la surveillance du patient anesthésié, le conditionnement du patient en pré anesthésie, la participation aux anesthésies locorégionales, la participation aux anesthésies de courte durée, l'extubation et la gestion et l'entretien du matériel, tout en sachant qu'il est possible de cocher plusieurs réponses.

Sur trente réponses, on a 30 infirmiers qui ont un rôle dans la surveillance du patient anesthésié soit 100%, 20 infirmiers qui conditionnent les patients en pré anesthésie soit 66%, 30 qui participent aux anesthésies locorégionales soit 100%, 20 qui participent aux anesthésies de courte durée soit 66%, 22 qui effectuent des extubations soit 73% et 30 infirmiers qui s'occupent de la gestion et de l'entretien du matériel soit 100% des infirmiers.

4.6.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que les deux missions principales de la salle de surveillance post interventionnelle que sont la prise en charge des patients anesthésiés et la gestion et l'entretien du matériel sont effectuées par tous les infirmiers.

En se rapportant aux réponses de la question n°5, on observe que tous les infirmiers participent au conditionnement pré anesthésique des patients et qu'ils participent pratiquement tous (90%) aux anesthésies de courte durée.

On voit également que tous participent aux anesthésies locorégionales et que les trois quart extubent.

Tous ceci nous montre le problème posé par la salle de surveillance post interventionnelle, à savoir que les infirmiers y travaillant dépassent leurs compétences requises par le décret infirmier. (Décret n°2002-194 du 11 février 2002).

En effet, la participation à l'anesthésie quelle soit générale ou locorégionale (ce qui englobe l'extubation) est interdite aux infirmiers et est autorisée seulement aux infirmiers anesthésistes. (Art 10, décret n°2002-194 du 11 février 2002).

Ceci justifie la place de l'infirmier anesthésiste en salle de surveillance post interventionnelle et un de ces rôles attribués.

4.7 QUESTION N°7

4.7.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir s'il y a un médecin anesthésiste présent à tout moment dans leur salle de surveillance post interventionnelle, il y a deux réponses possibles, oui ou non.

Sur trente réponses, on en a 10 pour sa présence soit 33% et 20 pour sa non présence à tout moment soit 67% des salles de surveillance post interventionnelle interrogées.

4.7.2 ANALYSE QUALITATIVE

On remarque que deux tiers des salles de surveillance post interventionnelle ne disposent pas d'un médecin anesthésiste présent à tout moment, ce qui pose un problème d'encadrement des infirmiers face à des situations délicates et de compétence lorsque la surveillance des patients en post opératoire nécessite des gestes qui dépassent leurs compétences (extubation du patient).

Les médecins anesthésistes de par la pénurie et leurs multiples activités au sein du bloc opératoire ne peuvent être présents à tout moment en salle de surveillance post interventionnelle, il est donc souhaitable la présence d'un infirmier anesthésiste pour soutenir les infirmiers dans les situations où leurs compétences sont limitées par le décret. (Décret n°2002-194 du 11 février 2002).

4.8 QUESTION N°8

4.8.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir s'il y a des postes d'infirmier anesthésiste dans leur salle de surveillance post interventionnelle, il y a deux réponses oui ou non. Si la réponse est oui, il y a sept réponses, à la question quelle est leur rôle, à savoir la surveillance du patient anesthésié, le conditionnement pré anesthésique du patient, la participation aux anesthésies locorégionales, aux anesthésies de courte durée, l'extubation, la gestion et l'entretien du matériel, l'encadrement et la formation du personnel, tout en sachant qu'il est possible de choisir plusieurs réponses.

Sur trente réponses, on en a 22 positives soit 73% et 8 négatives soit 27%.

Le rôle attribué aux infirmiers anesthésistes est de surveiller le patient anesthésié dans 22 réponses soit 100%, le conditionnement pré anesthésique du patient dans 16 réponses soit 73%, la participation aux anesthésies locorégionales dans 22 réponses soit 100%, la participation aux anesthésies de courte durée dans 18 réponses soit 81%, l'extubation dans 22 réponses soit 100%, la gestion et l'entretien du matériel dans 20 réponses soit 91% et d'encadrer et de former le personnel dans 18 réponses soit 81%.

4.8.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que les rôles confiés aux infirmiers anesthésistes travaillant en salle de surveillance post interventionnelle sont, dans tous les cas (100%), la surveillance des patients anesthésiés, la participation aux anesthésies locorégionales et l'extubation.

Il est, dans pratiquement tous les cas (73 à 90%), le conditionnement pré anesthésique, la participation aux anesthésies de courte durée, la gestion et l'entretien du matériel, l'encadrement et la formation du personnel.

Ceci confirme que les pratiques relevant de sa compétence sont logiquement confiées à l'infirmier anesthésiste (de 80 à 100%) et, en rapport à la question n°6, résout le problème de dépassement de compétence auquel sont parfois confrontés les infirmiers.

4.9 QUESTION N°9

4.9.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir s'il y a un référent dans leur salle de surveillance post interventionnelle, il y a deux réponses possibles, oui ou non. Si la réponse est oui, il y a quatre réponses à la question quelle est leur fonction qui est cadre, infirmier anesthésiste, infirmier ou autres.

Sur trente réponses, on en a 22 positives soit 73% et 8 négatives soit 27% des cas.

Sur les vingt deux réponses positives, leur fonction est de cadre dans 4 réponses soit 18%, infirmier anesthésiste dans 18 réponses soit 82% des cas.

4.9.2 ANALYSE QUALITATIVE

On remarque que trois quart des salle de surveillance post interventionnelle possèdent un référent matériovigilance, ce qui se conçoit par le fait que l'anesthésie utilise de nombreux matériels pour surveiller ces patients et qu'il est bénéfique qu'il y ait une personne qui centralise et gère les informations remontées par le personnel les utilisant.

On remarque également que dans la majorité des cas (80%), ce rôle est confié à un infirmier anesthésiste, ce qui s'explique par ses connaissances en anesthésie acquises pendant ces études.

4.10 QUESTION N°10

4.10.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir s'il y a des protocoles d'utilisation et d'entretien des différents matériels qu'ils utilisent, il y a deux réponses, oui ou non. Si la réponse est oui, la question est de savoir s'ils les connaissent ou non.

Sur trente réponses, on en a 30 positives soit 100% des salles de surveillance post interventionnelle interrogées.

A savoir s'ils les connaissent, il y a 24 réponses positives soit 80% et 6 réponses négatives soit 20% des infirmiers interrogés.

4.10.2 ANALYSE QUALITATIVE

On constate que toutes les salles de surveillance post interventionnelle interrogées possèdent des protocoles, ce qui montre que le travail de matériovigilance est correctement effectué par les infirmiers anesthésistes s'en occupant, ceci en rapport avec la question n°9.

On observe que la très large majorité d'infirmier (80%) les connaissent ce qui démontre que la formation sur la matériovigilance est correctement effectuée.

En ce qui concerne les 20% qui ne les connaissent pas, il peut s'agir des 20% d'infirmiers qui ont moins d'un an d'ancienneté en salle de surveillance post interventionnelle et qui ont privilégié, dans un premier temps, l'apprentissage de la prise en charge du patient au détriment de la matériovigilance.

4.11 QUESTION N°11

4.11.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir si ils ont déjà été en difficulté face à certains matériels utilisés en salle de surveillance post interventionnelle, il y a deux réponses oui ou non. Si la réponse est oui, la question est de savoir qui les a aidé à résoudre le problème, un médecin anesthésiste, un cadre, un infirmier anesthésiste, un autre infirmier ou une autre personne. Et une autre question est de savoir qu'elle en était la cause soit un appareil défectueux, soit une mauvaise manipulation, soit une méconnaissance de l'appareil.

Sur trente réponses, on en a 18 positives soit 60% et 12 négatives soit 40%.

Sur les dix huit positives, ils ont été aidés par un médecin anesthésiste à 2 reprises soit 11%, un cadre à 2 reprises soit 11%, un infirmier anesthésiste à 10 reprises soit 56%, un collègue infirmier à 2 reprises soit 11% et par un technicien du biomédicale à 2 reprises soit 11% des cas.

Et la cause du problème a été pour 4 infirmiers un appareil défectueux soit 22%, pour 1 infirmier une mauvaise manipulation soit 6% et pour les 13 derniers une méconnaissance de l'appareil soit 72%.

4.11.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe qu'un peu moins des deux tiers des infirmiers (60%) ont déjà été confrontés à des problèmes dans l'utilisation de matériel d'anesthésie et que pour près de trois quarts d'entre eux (73%) c'est due à une méconnaissance de l'appareil.

Ceci peut s'expliquer d'une part par la grande majorité des infirmiers interrogés ont moins de trois ans d'ancienneté et que près de la moitié n'ont pas travaillé en service de réanimation en rapport avec les questions n°2 et 4, et d'autre part que l'anesthésie requiert une grande variété

de matériel de surveillance que les infirmiers n'ont peu ou pas utilisés et dont ils n'ont pas reçu la formation pour leur utilisation en rapport avec la question n°3.

Dans la majorité des cas (56%), ce sont des infirmiers anesthésistes qui les ont aidé à résoudre le problème, ce qui justifie le rôle de matériovigilance qui lui est confié et son rôle de référent en anesthésie pour les infirmiers.

4.12 QUESTION N°12

4.12.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir si ils connaissent les délais d'action, d'élimination et les limites d'utilisation des drogues anesthésiques, il y a deux réponses, oui ou non. Si la réponse est oui, la question est de savoir qui leur a donné la formation, le médecin anesthésiste, le cadre, l'infirmier anesthésiste, une formation extra hospitalière ou autres.

Sur trente réponses, on en a 24 positives soit 80%, et 6 réponses négatives soit 20% des infirmiers interrogés.

Sur les vingt quatre réponses positives, la formation a été donné par le médecin anesthésiste à 6 reprises soit 25%, par l'infirmier anesthésiste à 11 reprises soit 46%, par un organisme extérieur à 5 reprises soit 21% des cas et par un collègue infirmier à 2 reprises soit 8%.

4.12.2 ANALYSE QUALITATIVE

On observe que la grande majorité des infirmiers (80%) ont reçu une formation sur les drogues d'anesthésies, ce qui est plus important que le nombre d'infirmier ayant reçu une formation complémentaire pour travailler en salle de surveillance post interventionnelle (60%) observé dans la question n°3.

On remarque également que cette formation a été dispensé dans la même proportion que la formation complémentaire, par le médecin anesthésiste à 6 reprises, un organisme extérieur à 5 reprises et un collègue infirmier à 1 reprise alors que par l'infirmier anesthésiste la proportion a augmenté à 11 reprises au lieu de 5.

Ceci démontre que les infirmiers anesthésistes dispensent non seulement des journées de formations complémentaires mais également forment au quotidien les infirmiers avec qui ils travaillent, ce qui rejoint bien le rôle d'encadrement observé lors de la question n°4.

4.13 QUESTION N°13

4.13.1 ANALYSE QUANTITATIVE

A la question de savoir si la présence d'au moins un infirmier anesthésiste en salle de surveillance post interventionnelle est bénéfique pour l'équipe infirmière, il y a deux réponses, oui ou non et de savoir si elle est bénéfique pour le fonctionnement de celle-ci, il y a deux réponses, oui ou non.

Sur trente réponses, on en a 30 positives soit 100% concernant le bénéfice pour l'équipe infirmière et on en a 30 positives soit 100% concernant le bénéfice pour le fonctionnement de la salle de surveillance post interventionnelle.

4.13.2 ANALYSE QUALITATIVE

On constate que tous les infirmiers trouvent bénéfique la présence d'infirmiers anesthésistes à leur côté, au sein de la salle de surveillance post interventionnelle.

Ceci s'explique par le fait que le surplus de compétences qu'ils apportent permet un confort aux infirmiers dans leur travail quotidien en les détachant de certains rôles ou certaines actions qu'ils exercent sans en avoir les compétences.

5 CONCLUSION

La salle de surveillance post interventionnelle est un service qui prend de plus en plus d'ampleur et d'importance au sein de l'hôpital.

En effet, de plus en plus d'actes y sont effectués, de l'anesthésie de courte durée à la surveillance des patients nécessitant des soins de réanimation, en passant par la pose de cathéter central.

Les infirmiers y assurent la majorité des soins avec qualité et y reste la catégorie principalement représentée et nécessaire au fonctionnement de celle-ci.

Cependant, certaines activités, vu précédemment, nécessitent des compétences et des connaissances plus approfondies en anesthésie.

Cela implique donc la présence d'un infirmier anesthésiste à leur côté, qui pourra effectuer tous les actes d'anesthésies que l'infirmier ne peut pratiquer.

En effet la présence de l'infirmier anesthésiste en salle de surveillance post interventionnelle s'est vue justifiée et souhaitée pendant ce travail.

Les rôles attribués, en priorité, à l'infirmier anesthésiste de salle de surveillance post interventionnelle, en fonction de leur connaissance et compétence, sont les actes d'anesthésies, l'encadrement et la formation des nouveaux infirmiers et le rôle de référent en anesthésie que ce soit au niveau du matériel utilisé, que d'une surveillance particulière à effectuer ou d'aide ou de conseil auprès des infirmiers en difficultés dans leur travail.

Le fait d'avoir, à l'issue de ce travail, défini la place de l'infirmier anesthésiste au sein d'une salle de surveillance post interventionnelle me permet en plus d'être diplômé, de me positionner en tant qu'infirmier anesthésiste au près de mes futurs collègues infirmiers.

Et j'espère, toute proportion gardée, qu'il pourra permettre d'aider mes futurs collègues qui travaillent en salle de surveillance post interventionnelle, les cadres d'anesthésie pour promouvoir la présence d'infirmier anesthésiste et définir leur rôle au sein de leur salle de surveillance post interventionnelle.

ANNEXES

ANNEXE I : Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.

ANNEXE II : Recommandations concernant la surveillance et les soins post anesthésiques.

ANNEXE III : Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

ANNEXE IV : Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état.

ANNEXE V : Questionnaire.

- 1 Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- 1 an
 - 1 à 3 ans
 - 3 à 6 ans
 - 6 ans et +
- 2 Depuis quand travaillez-vous en salle de surveillance post interventionnelle ?
- 1 an
 - 1 à 3 ans
 - 3 à 6 ans
 - 6 ans et +
- 3 Avez-vous reçu une formation complémentaire pour travailler en salle de surveillance post interventionnelle ?
- Oui
 - Non
- Et si oui par qui ?
- Médecin anesthésiste
 - Cadre
 - Iade
 - Formation extrahospitalière
 - Autres, précisez
- 4 Dans quels services avez-vous travaillé avant de venir en salle de surveillance post interventionnelle ?
- Réanimation
 - Bloc opératoire
 - Chirurgie
 - Médecine
 - Sortie d'école
 - Autres, précisez
- 5 Quelle est l'activité de votre salle de surveillance post interventionnelle ?
- Surveillance post opératoire
 - Prise en charge du polytraumatisé
 - Prise en charge pré anesthésique
 - Anesthésie loco régionale
 - Anesthésie de courte durée (sismo, choc électrique Externe...)
 - Autres, précisez
- 6 Quel est votre rôle en salle de surveillance post interventionnelle ?
- Surveillance du patient anesthésié
 - Mise en condition du patient en pré anesthésie
 - Participation à l'anesthésie loco régionale
 - Participation à l'anesthésie de courte durée
 - Extubation
 - Gestion et entretien du matériel
- 7 Avez- vous un médecin anesthésiste présent à tout moment dans votre salle de surveillance post interventionnelle ?

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Y a-t-il des postes d'infirmiers anesthésistes dans votre salle de surveillance post interventionnelle ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |
| | Et si oui, quel est leur rôle ? | |
| | Surveillance du patient anesthésié | <input type="checkbox"/> |
| | Mise en condition du patient en pré anesthésie | <input type="checkbox"/> |
| | Participation à l'anesthésie loco régionale | <input type="checkbox"/> |
| | Participation à l'anesthésie de courte durée | <input type="checkbox"/> |
| | Extubation | <input type="checkbox"/> |
| | Gestion et entretien du matériel | <input type="checkbox"/> |
| | Encadrement et formation du personnel | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Dans votre salle de surveillance post interventionnelle, y a-t-il un référent matériovigilance ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |
| | Et si oui quelle est sa fonction ? | |
| | Cadre | <input type="checkbox"/> |
| | Iade | <input type="checkbox"/> |
| | Ide | <input type="checkbox"/> |
| | Autres, précisez | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Avez-vous des protocoles d'utilisation et d'entretien des différents matériels que vous utilisez ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |
| | Et si oui, les connaissez vous ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Avez-vous déjà été en difficulté face à certains matériels utilisés en SSPI ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |
| | Et si oui qui vous a aidé à résoudre le problème ? | |
| | Médecin anesthésiste | <input type="checkbox"/> |
| | Cadre | <input type="checkbox"/> |
| | Iade | <input type="checkbox"/> |
| | Autre ide | <input type="checkbox"/> |
| | Autres, précisez | <input type="checkbox"/> |
| | Et si oui, quelle en était la cause ? | |
| | Appareil défectueux | <input type="checkbox"/> |
| | Mauvaise manipulation | <input type="checkbox"/> |
| | Méconnaissance de l'appareil | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Connaissez-vous les délais d'action et d'élimination ainsi que les limites d'utilisation des drogues anesthésiques ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |

Et si oui qui vous a donné la formation ?

Médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/>
Cadre	<input type="checkbox"/>
Iade	<input type="checkbox"/>
Formation extrahospitalière	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez	<input type="checkbox"/>

13 La présence d'au moins un infirmier anesthésiste en salle de surveillance post interventionnelle vous paraît-elle bénéfique pour l'équipe infirmière ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

Et pour le fonctionnement de la salle de surveillance post interventionnelle ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

Ce travail de fin d'étude traite de la place de l'infirmier anesthésiste au côté des infirmiers de salle de surveillance post interventionnelle et des rôles, de participation aux actes d'anesthésie, de référent matériovigilance, d'encadrement et de formation qu'il peut y accomplir afin d'y optimiser la prise en charge du patient en péri opératoire.

Les mots clés sont :

- _ Salle de surveillance post interventionnelle
- _ Infirmier diplômé d'état
- _ Infirmier anesthésiste diplômé d'état.