

L'extubation en salle de surveillance post-interventionnelle, par qui ?

(Aspect réglementaire de l'acte)

28.04.09 Mise à jour le 10.03.14

Cet article fait partie du dossier :

[Profession infirmière et législation](#)

Source infirmiers.com

En matière de soins aux malades opérés, une question récurrente se pose régulièrement dans les salles de soins post-interventionnelle (SSPI) : Qui peut extuber le patient ?

La réalisation de ce geste est souvent source de conflits entre les différents acteurs travaillant en SSPI qui donnent lieu à des réactions pour le moins curieuses.

« Seuls les médecins anesthésistes réanimateurs peuvent extuber... »

« Ce sont les Infirmiers anesthésistes et les médecins anesthésistes qui extubent »

« Les Infirmiers n'ont pas le droit d'extuber... »

...

ASPECTS REGLEMENTAIRES

A la réflexion, ces polémiques ne reposent sur aucun texte réglementaire, et il paraît intéressant de les revisiter, ce qui pourrait nous apporter quelques éclairages sur la question...

En matière de SSPI, le texte phare qui régleme cette activité bien spécifique des soins infirmiers est le décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique codifié au code de la santé publique par le [décret 2005-840 du 20 juillet 2005 aux articles D 6124.91 à D 6124 .103 \(Décrets simples\)](#).

Ce texte fondamental pose de façon précise le cadre légal de la pratique de l'anesthésie allant de la période préopératoire à la sortie du patient de la SSPI.

Cette notion de temps donne un premier élément de réponse à notre question : L'activité de soins en SSPI fait partie intégrante de l'anesthésie et se voit placée sous la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur, conformément aux articles D 6124-94 du CSP (ancien D 712-43 du décret N° 94-1050 du 5 décembre 1994) : « *L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste*

réanimateur en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré anesthésiques mentionnées à l'article D6124-92 (ancien D 712-41) ».

Mais également l'article 6124-101 (ancien D 712-49) du CSP: « ***Le personnel paramédical [qui travaille en sspi] est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai... »***

Ceci implique que le médecin anesthésiste extube mais qu'il n'est pas le seul à pouvoir réaliser ce geste.

Quand est-il pour les personnels paramédicaux ? Le CSP apporte, là encore, un élément de réponse.

Dans son article D 6124-101 deuxième alinéa, le décret précise « ***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 »***

Le troisième alinéa précise également que : « ***Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit compter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'état formé à ce type de surveillance, si possible un infirmier anesthésiste diplômé d'état »***

La Société Française d'Anesthésie Réanimation dans unes des ces recommandations anticipait la sortie du décret en apportant déjà quelques précisions concernant les personnels. Recommandations SFAR 1990/1994 Concernant les soins post anesthésiques (extrait) :

« 3.1 En salle de réveil le patient est surveillé par un personnel infirmier qualifié sous la direction d'un médecin anesthésiste réanimateur... »

« 3.2 Le personnel 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'un infirmier spécialisé en anesthésie réanimation est recommandée. La présence d'au moins un infirmier pour trois patients est requise... ».

Depuis, aucune nouvelle recommandation n'a été publiée.

Cependant que se soit la société savante ou la réglementation, les personnels affectés, en priorité, en SSPI sont bien des infirmiers diplômés d'état.

Il est vrai que la réglementation professionnelle, essentiellement le [décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier](#), codifié par le [décret N°2004-802 du 29 juillet 2004 dans le Code de la Santé Publique aux articles R4311-1 à R4311-15](#), n'est pas très précise en la matière et dans la nomenclature des actes infirmiers n'apparaît pas l'extubation.

Le précédent décret du 15 mars 1993 n'était pas plus explicite quant-à ce geste et pourtant bon nombre d'infirmiers extubaient déjà dans les salles de soins post-interventionnelle et de plus, aucun des articles ne prévoyait la présence d'un infirmier en SSPI.

La lecture de l'article R4311-9 du CSP est intéressante. En effet, cet article positionne l'infirmier DE dans les soins aux personnes en post-opératoire : « L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment ».

Alinéa 8 : « soins et surveillance des personnes, en post-opératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R4311-12 ci après ... »

Cet article complète l'article R 4311-7 CSP et plus particulièrement ces alinéas 22, 30, 31 et 32 qui place l'infirmier en qualité de technicien de soins intensifs.

Les dispositions suivantes sont indiquées :

« L'infirmier(e) est habilité à **pratiquer** les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit et qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin....

Alinéa 22 : soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier change de canule de trachéotomie tant effectué par un médecin ;

Alinéa 30 : vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

Alinéa 31 : Pose d'une sonde à oxygène

Alinéa 32 : Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;.... »

L'infirmier DE est donc apte à surveiller des malades « lourds », car il en reçoit la formation durant son cursus.

Cette surveillance particulière, généralement conduite dans les services de soins intensifs et réanimation, s'accompagne comme le prévoit la réglementation de protocoles de services validés, qui permettent à l'infirmier de répondre aux différentes situations identifiées par des gestes et des actions bien cadrés.

En ce qui concerne le domaine anesthésique, il paraît impensable que l'extubation, qui est un geste nécessaire et quotidien, ne soit pas autorisé aux infirmiers travaillant en SSPI.

Il n'est pas rare, dans certaines formations sur les IDE en SSPI, d'entendre les animateurs signifier « extubation veut dire intubation » et considérer de ce fait, que les IDE qui ne savent pas intuber ne peuvent extuber...

Ces propos sont sans fondement, et nous pouvons pousser la réflexion plus loin en considérant le fait que la réglementation professionnelle autorise l'ablation des cathéters centraux et intrathécaux aux infirmiers, si nous suivons la logique précédemment exposée, « ablation de cathéters centraux et intrathécaux veut dire pose ???? » (Art R 4311-9, 4ème alinéa du CSP).

Le législateur n'est pas dénué de bon sens, il n'a jamais inscrit dans les divers textes régissant la profession, une interdiction stricte à l'extubation par un infirmier. Il insiste par contre sur l'extrême prudence et demande que certains actes soient encadrés par des protocoles validés afin de rendre les gestes techniques les moins iatrogènes possible.

L'extubation doit faire partie de ces actes protocolés.

C'est de la responsabilité du Médecin Anesthésiste Réanimateur, responsable du service, d'élaborer, de préférence avec son équipe médicale et paramédicale, les modalités conduisant à l'élaboration puis à la validation du protocole en question.

L'Article L6146-5 du code de la santé publique stipule que « Le chef de service assure la conduite générale du service et organise son fonctionnement technique [...] prévoit l'organisation générale...les actions à mettre en œuvre pour le développer la qualité et l'évaluation des soins... » Cet article rappelant le rôle de coordination et conduite générale confié au Chef de Service complète les articles D 6124-94 et D 6124-101 dudit code qui placent le médecin anesthésiste, responsable de la globalité de anesthésie qui commence dès l'entrée du patient au bloc jusqu'à sa sortie de SSPI.

L'extubation va devoir répondre à des critères bien spécifiques préconisés dans la littérature scientifique et reconnus comme référence en la matière.

Le protocole va devoir reprendre de ces critères qui seront évolutifs en fonction des nouvelles données de la science.

Actuellement les auteurs semblent unanimes et considèrent que l'extubation peut être réalisée que lorsqu'un certain nombre d'éléments cliniques et paracliniques sont rassemblés. (Tab.1)

| <u><i>Eléments cliniques</i></u> | <u><i>Eléments paracliniques</i></u> |
|--|--------------------------------------|
| Reprise de la ventilation spontanée efficace | Absence de tachy ou bradycardie |
| Réapparition des réflexes de déglutition | Absence d'hypo ou d'hypertension |
| Réponse aux ordres simples | Température corporelle > à 36°C |
| Maintient de la tête surélevée > 5 sec (HLT) | Train de quatre T4/T1 >80% |

Tab 1 Eléments cliniques et paracliniques nécessaires à l'extubation

La liste des éléments ci-dessus, n'est pas exhaustive, certains services pourront en exiger d'autres, à l'inverse, il paraît difficile d'en retenir moins.

Le protocole pourra alors être réalisé, validé et enfin mis à la disposition des personnels.

Cependant, la mise en œuvre du protocole d'extubation ne peut être entreprise par n'importe quel personnel.

La réglementation est précise en la matière. L'article D 712 49 2ème alinéa du décret 94-1050 du 5 décembre 1994 indique que « si la capacité d'accueil de la SSPI est égale ou supérieure à 6 postes, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents dont un infirmier DE formé à ce type de surveillance et si possible un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat »

Ceci implique que l'établissement, qui dispose d'une SSPI, se doit de donner les moyens au personnel infirmier qui y travaille de se former sous peine de voir sa responsabilité engagée, en cas de sinistre, pour défaut d'organisation.

L'extubation doit être réalisée en tenant compte de trois principes qui paraissent fondamentaux :

- **du bon sens :**

Dans une SSPI, interdire aux infirmiers DE d'extuber des patients, en prétextant que « la loi » ne les autorise pas est, sans nul doute, incohérent avec la fonction et erroné d'un point de vue réglementaire.

- **de la pratique et de l'encadrement :**

« On ne fait bien que ce que l'on fait souvent »

Les infirmiers qui exercent en SSPI doivent posséder une parfaite pratique de l'extubation qui s'acquière grâce à un encadrement rigoureux des Médecins Anesthésistes Réanimateurs et des Infirmiers Anesthésistes du service. Cette pratique régulière doit respecter des protocoles clairement établis comme le suggère le code de la santé publique.

Par ailleurs l'infirmier de SSPI ne doit pas réaliser ce geste sans être assuré qu'il n'est pas seul et qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment ou le cas échéant un IADE

- Des protocoles adaptés dans le respect de la réglementation :

Les actes de soins réalisés dans les SSPI sont, comme nous l'avons vu, sous la responsabilité du Médecin Anesthésiste Réanimateur et/ou du chef de service. Adaptés des protocoles, en outre un protocole spécifique d'extubation, dans une salle de réveil semble être une évidence dans un tel service.

Le respect de la chronologie de l'acte, telle qu'elle est décrite dans le protocole, est fondamental.

En conclusion

Aucun obstacle réglementaire n'interdit à l'infirmier de SSPI d'extuber un patient pour qui tous les critères de faisabilité sont réunis.

Cependant, l'infirmier doit être formé et encadré et ne doit jamais extuber lorsqu'il est seul. Il doit toujours s'assurer de la présence d'un Médecin Anesthésiste Réanimateur ou d'un Infirmier Anesthésiste pouvant intervenir à tout moment afin, le cas échéant, de réintuber le patient

L'optimisation de cette prise en charge particulière passe par l'établissement de protocoles de services connus de tous.

Par ailleurs, la connaissance des gestes de réanimation cardio-pulmonaire de base doit être parfaitement intégrée par l'infirmier de SSPI, ce qui devrait être partie intégrante de sa formation.

L'infirmier de SSPI est un élément indispensable à la bonne marche d'une anesthésie, sa formation et sa compétence sont des gages de qualité dans le domaine des soins au patient opéré.

Textes réglementaires

[Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n°81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier et d'Infirmière.](#)

[Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier](#)

[Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmière.](#)

[Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifié par le décret 2004.802 du 29 juillet 2004 au Code de la Santé Publique sous les articles R4311-1 à R43311-15.](#)

[Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique \(troisième partie : Décrets\) codifié au code de la santé publique par le décret 2005-840 du 20 juillet 2005 aux articles D6124-91 à D6124-103](#)

Circulaire n° 394 du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés. -Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, 1974-.

Circulaire n°340 DGS/POS/3A du 23 mars 1982 relative à la sécurité des malades anesthésiés. -Ministère de la Santé, 1982-

Circulaire n° 431/4B/DGS/3A du 27 juin 1985 relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires hospitaliers publics et privés. -Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, 1985-.

[Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, concernant la profession d'infirmier et modifiant le Code de la Santé Publique](#)

[Décret 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie \(partie réglementaire\) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce le code.](#)

Pierre LEMAIRE

Infirmier Anesthésiste D.E

Consultant en Droit de Santé