

PROTOCOLE

Extubation trachéale en SSPI par l'infirmier diplômé d'État formé*Proposition de trame de protocole de service**Modèle à adapter pour chaque établissement de soins, à valider par le MAR représentant la structure et la CME***1. Identification du protocole**

Intitulé	<i>Extubation trachéale du patient en SSPI par l'IDE formé</i>
Établissement / service	<i>À compléter (site, SSPI concernée)</i>
Rédacteurs	<i>MAR responsable de SSPI, cadre de santé, IADE référent, IDE référent</i>
Validation	<i>CME / coordination de l'anesthésie ; date</i>
Version / date	<i>V1 — __/__/__</i>
Révision	<i>Révision au moins tous les 2 ans ou à chaque évolution réglementaire</i>

2. Objet et champ d'application

Ce protocole définit les conditions dans lesquelles un infirmier diplômé d'état (IDE) formé, exerçant en salle de soin post-interventionnel (SSPI), peut réaliser l'extubation trachéale d'un patient en phase de réveil post-anesthésique, **sous la responsabilité et avec la disponibilité sans délai d'un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) identifié au préalable**, conformément au décret du 5 décembre 1994.

Il ne s'applique **qu'aux extubations à faible risque**, après vérification de l'ensemble des critères ci-après. Toute situation à risque (§ 6) est exclue.

Fondement : En SSPI, l'IDE réalise déjà, sur prescription et / ou protocole, des actes actifs de prise en charge post-anesthésique (titration et adaptation des antalgiques, administration médicamenteuse, changement et retrait de solutés et de sondes à oxygène, ablation de cathéters périphériques, gestion de l'oxygénothérapie et de la ventilation non liée à l'anesthésie, surveillance du post-opératoire immédiat — cf. arrêté du 26 juin 2026, art. 1, 4 et 5). L'extubation à faible risque, une fois les critères réunis, s'inscrit dans ce continuum d'actes, sous réserve des conditions du présent protocole.

3. Conditions préalables impératives**3.1. Compétences de l'IDE habilité**

- Formation théorique et pratique spécifique à l'extubation en SSPI, tracée et documentée (attestation individuelle nominative) certifiante (QALIOPI).
- Évaluation initiale des compétences par un formateur référent - MAR ou IADE - puis maintien des compétences par ces acteurs (réévaluation périodique).
- Habilitation nominative délivrée par le responsable de la structure, consignée, datée et à jour.

3.2. Conditions organisationnelles

- MAR identifié au préalable et pouvant **intervenir sans délai** notamment en cas d'évènement respiratoire ; organisation explicite et connue de tous (numéro de téléphone notamment). Différer la procédure si le MAR est occupé.

- IDE non isolée : présence d'un second soignant en SSPI.
- Décision d'extubation et modalités validées par le MAR responsable du patient (prescription horodatée selon protocole, intégrée au dossier patient).

3.3. Environnement matériel vérifié avant tout geste

- Check-list d'ouverture de SSPI réalisée, poste vérifié et complété entre chaque patient.
- Plateau d'intubation complet et vérifié, disponible immédiatement.
- Aspiration fonctionnelle ; sondes d'aspiration.
- Circuit ventilatoire manuel (ballon) et source d'oxygène fonctionnels, dispositifs d'oxygénation adaptés.
- Monitoring : électrocardiogramme, pression non invasive, saturation pléthysmographique en oxygène, capnographie, monitoring quantitatif de la curarisation, température corporelle.
- Médicaments et matériel d'urgence immédiatement accessibles, chariot d'urgence et aides cognitives.

4. Critères d'extubation à réunir

L'extubation par l'IDE formée n'est autorisée que si **l'ensemble** des critères suivants est réuni et tracé ou suivant les paramètres définis au préalable par le MAR responsable du patient.

Exemples de valeurs pour l'adulte :

Critères respiratoires et oxymétriques	
Volume courant	5 à 8 mL par kg de poids théorique
Fréquence respiratoire	12 à 25 cycles par min
SpO ₂	≥ 95 % avec FiO ₂ ≤ 50 % et PEP ≤ 5 cmH ₂ O

Critères neuromusculaires et neurologiques	
Curarisation	Levée complète confirmée : rapport T4/T1 > 0,9 (monitorage quantitatif)
Réflexes	Réapparition des réflexes de déglutition
Conscience	Réponse aux ordres ; coopération proche de l'état antérieur

Critères cardiovasculaires et généraux	
Hémodynamique	Pression artérielle et fréquence cardiaque ne variant pas de plus de ± 20 % des valeurs initiales ou faibles doses de vasopresseurs
Température centrale	≥ 36 °C
Analgesie	Mesure par un score type EVA (< 30)
Chirurgie	Absence de complication chirurgicale

5. Déroulement du geste

1. Vérifier l'identité du patient, la prescription/le protocole et la réunion de tous les critères du § 4.
2. S'assurer de la disponibilité sans délai du MAR et de la présence du matériel d'intubation (§ 3.3).
3. Préoxygéner le patient ; aspirer si nécessaire les sécrétions avant la procédure d'extubation.
4. Réaliser l'extubation selon la technique validée dans le protocole de service.
5. Placer le patient sous oxygène si nécessaire selon prescription, en position demi-assise ou tête surélevée (sauf contre-indication chirurgicale).
6. Surveiller étroitement en post-extubation (§ 7) jusqu'à reprise d'une activité ventilatoire en adéquation avec l'état de base et tracer la procédure et les paramètres du patient.

6. Situations à risque - extubation exclue du protocole IDE

En présence de l'un des éléments suivants, l'extubation requiert la présence d'un MAR et / ou d'un IADE au moment du geste :

- Intubation initialement difficile ; multiples tentatives de laryngoscopie ; incidents traumatiques à l'intubation.
- Chirurgie à risque à déterminer selon les établissements (par exemple : rachis cervical, chirurgie maxillo-faciale complexe, pharyngée, chirurgie à risque de compression de la filière respiratoire (thyroïdectomie, curage, chirurgie des vaisseaux du cou), neurochirurgie intracrânienne, résection pulmonaire...).
- Pathologie préexistante à risque (goître, trachéomalacie) ; mobilité cervicale réduite.
- Patient obèse morbide, porteur d'un SAOS, asthmatique déséquilibré, sonde de gros diamètre, position déclive prolongée, chirurgie de longue durée.
- Enfant de moins de 3 ans et à discuter pour les moins de 10 ans selon les établissements.

En cas de doute clinique de l'IDE : appel du MAR pour avis avant toute extubation trachéale

7. Surveillance post-extubation

- Respiration : dépistage d'une obstruction des voies aériennes supérieures (relâchement de la langue), d'un laryngospasme, d'un collapsus pharyngé.
- Oxymétrie et paramètres vitaux : saturation pléthysmographique en oxygène, fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle, conscience, capnographie éventuellement.
- Nausées / vomissements, niveau de conscience, douleur.
- Drainages et positions post-opératoires.
- En cas de désaturation ou de difficultés respiratoires : oxygénation et appel immédiat du MAR et rapprochement du chariot d'urgence.

8. Traçabilité, suivi et évaluation

- Traçabilité dans le dossier : critères réunis, horodatages, opérateur, MAR responsable, surveillance et éventuels événements.
- Recueil et analyse des événements indésirables liés à l'extubation (RETEX).

- Indicateurs de suivi : taux de réintubation, complications post-extubation, respect du protocole (audits).
- Réévaluation périodique du protocole et des habilitations ; mise à jour à chaque évolution réglementaire.

9. Bases réglementaires et références

- Art. D. 6124-91 à D. 6124-103 CSP (anesthésie et SSPI), not. D. 6124-97 et D. 6124-101.
- Arrêté du 26 juin 2026 fixant la liste des actes et soins pouvant être réalisés par les IDE.
- Cass. 1re civ., 10 décembre 2014, n° 13-21607 (formation tracée).
- SFAR, avis du Comité Vie Professionnelle, 8 décembre 2015.
- D. COLMONT, « L'extubation en SSPI par l'IDE, un acte encadré », Oxyimag n° 157, 2017 (critères d'extubation et situations à risque).

10. Validation et signatures

MAR représentant la structure	<i>Nom, date, signature</i>
Cadre de santé	<i>Nom, date, signature</i>
Président de CME / coordination anesthésie	<i>Nom, date, signature</i>
Liste des IDE habilités	<i>Annexe nominative datée et signée</i>