



MEMOIRE PROFESSIONNEL

UE 7

Pour l'obtention du grade Master

DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER ANESTHESISTE

**L'IADE FACE AUX NOUVELLES MODALITÉS DE  
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS :  
L'EXEMPLE DU FAST-TRACKING**



Ecole Neuilly sur Marne

VIOLET

Promotion 2016/2018

Julie

Sous la direction de Mme CHANDLER-JEANVILLE Stéphanie



MEMOIRE PROFESSIONNEL

UE 7

Pour l'obtention du grade Master

DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER ANESTHESISTE

**L'IADE FACE AUX NOUVELLES MODALITÉS DE  
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS :  
L'EXEMPLE DU FAST-TRACKING**



Ecole Neuilly sur Marne

VIOLET

Promotion 2016/2018

Julie

Sous la direction de Mme CHANDLER-JEANVILLE Stéphanie

## **Note aux lecteurs**

Le mémoire professionnel des étudiants de l'école des infirmiers anesthésistes de l'Institut de Formation Inter hospitalier Théodore Simon, Groupement d'Intérêt Public est un travail réalisé au cours de la formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

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

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été présentes tout au long de la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

A ma directrice de mémoire, Madame CHANDLER-JEANVILLE Stéphanie, pour ses précieux conseils et son accompagnement tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Aux différents IADE qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont offert un peu de leur temps pour la réalisation de mes entretiens.

A mes collègues de promotion pour leur soutien et plus particulièrement à Diana, Sarah et Mamadou pour l'entraide fournie tout au long de la formation.

A mon filleul de première année Jérémy, pour son soutien continu tout au long de ma deuxième année.

A mes relecteurs attentionnés, pour avoir déjoué les quelques failles de syntaxe et d'orthographe.

A ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel au cours de ces deux années d'études.

## Sommaire

Note aux lecteurs .....	9
Remerciements .....	
Glossaire.....	
<b>I. Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>II. Revue de la littérature .....</b>	<b>11</b>
1. Méthodologie de recherche .....	11
2. La chirurgie ambulatoire.....	13
2.1 Définition de la chirurgie ambulatoire.....	13
2.2 Critères d'éligibilité des patients .....	14
2.3 Modalités de l'information du patient .....	15
2.4 Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire.....	15
2.5 Spécificités organisationnelles et fonctionnelles de la chirurgie ambulatoire .....	16
2.6 Coordination et travail en équipe .....	18
3. L'anesthésie locorégionale (ALR).....	19
3.1 Définition .....	19
3.2 Conditions de réalisation et de surveillance.....	19
3.3 Complications de l'ALR.....	20
4. La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).....	21
4.1 Définition .....	21
4.2 Le transfert du patient en salle de surveillance post-interventionnelle.....	22
4.3 L'admission en salle de surveillance post-interventionnelle .....	22
4.4 Le séjour en salle de surveillance post-interventionnelle .....	23
4.5 Sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle.....	23
5. Le fast-tracking.....	24

5.1	Définition .....	24
5.2	Le score de White .....	25
5.3	Recommandations de la SFAR.....	26
5.4	Retour d'expérience sur le fast-tracking .....	27
6.	L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.....	28
6.1	Définition .....	28
6.2	Législation.....	28
6.3	Référentiel de compétences.....	30
<b>III.</b>	<b>Problématique et question de recherche .....</b>	<b>31</b>
1.	Problématique.....	31
2.	Question de recherche.....	32
<b>IV.</b>	<b>Méthodologie.....</b>	<b>33</b>
1.	Méthode de recherche .....	33
2.	Type d'étude.....	33
3.	Choix du terrain et recrutement des participants .....	35
4.	Choix de la méthode de recueil de données de recherche.....	35
5.	Analyse des données .....	36
6.	Considérations éthiques .....	38
<b>V.</b>	<b>Présentation et analyse des résultats .....</b>	<b>38</b>
1.	Méthode d'analyse des données de recherches recueillies .....	38
2.	Présentation des résultats .....	39
2.1	Identification des personnes interrogées .....	39
2.2	Les connaissances de l'IADE sur le fast-tracking .....	39
2.3	La prise en charge du patient bénéficiant du fast-tracking .....	42
2.4	La relation avec les services et la traçabilité lors du fast-tracking.....	44
3.	Analyse des résultats.....	45

3.1 Impact de la chirurgie ambulatoire sur les pratiques professionnelles.....	45
3.2 Impact du fast-tracking sur les pratiques professionnelles .....	46
3.3 Relation de l'IADE avec le patient et le service de chirurgie ambulatoire .....	47
<b>VI. Discussion.....</b>	<b>48</b>
<b>VII. Identification des limites de l'études .....</b>	<b>51</b>
<b>VIII. Formulation des préconisations .....</b>	<b>51</b>
<b>IX. Conclusion.....</b>	<b>52</b>
Bibliographie .....	
Annexes.....	
Annexe I : Grille d'entretien.....	
Annexe II : Protocole de recherche.....	
Annexe III : Verbatim des entretiens .....	
Résumé et abstract .....	

## Glossaire

<b>AG</b>	Anesthésie Générale
<b>ALR</b>	Anesthésie Locorégionale
<b>ATIH</b>	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IADE</b>	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
<b>MAR</b>	Médecin Anesthésiste Réanimateur
<b>NVPO</b>	Nausées Vomissements Post Opératoire
<b>SFAR</b>	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
<b>SSPI</b>	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
<b>UCA</b>	Unité de Chirurgie Ambulatoire



## **I. Introduction**

Dans le cadre de la validation de la compétence 7 permettant d'accéder au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, l'écriture d'un mémoire est demandée aux étudiants. Pour atteindre cet objectif, le thème de ce travail s'intéresse à la chirurgie ambulatoire, mode de prise en charge de plus en plus développé en France.

En effet, le taux national de chirurgie ambulatoire en France est de 51.9% et le ministère de la Santé souhaite qu'il atteigne 66% en 2020 (ATIH, 2017).

Du fait du contexte économique actuel, la réhabilitation post-opératoire précoce est encouragée, ce qui contribue à la réduction des temps d'hospitalisation.

Pendant mes différents stages de première année, j'ai été confronté à plusieurs reprises à la prise en charge de patients de chirurgie ambulatoire qui n'allaient pas en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) après leur intervention. Une situation en particulier m'a interpellée, car elle s'est déroulée lors des premiers jours de mon premier stage, où j'ai eu l'occasion de prendre en charge un patient âgé de 85 ans admis en chirurgie ambulatoire pour une cataracte, réalisée sous anesthésie topique. Il est arrivé debout au bloc opératoire et nous l'avons accompagné jusqu'à la salle d'intervention après qu'il ait revêtu une tenue adaptée. Une fois l'opération terminée, j'ai accompagné le patient en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), où l'équipe m'a alors demandé ce que je faisais et semblait étonnée de ma démarche car « le patient n'a pas besoin de passer par la SSPI, il remonte dans le service directement ».

Plusieurs choses me sont alors venues à l'esprit : pourquoi ce patient ne passe-t-il pas par la SSPI ? Cette démarche répond-elle aux exigences de sécurité et de confort des pratiques anesthésiques ? Qui prend la décision de faire passer ou non le patient par la SSPI ? Quels critères le patient doit-il remplir ? Quel est le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) dans cette procédure ? Le patient étant âgé ne nécessite-t-il pas une surveillance particulière après son opération ?

Cette situation m'a procuré un sentiment de frustration, dû à l'impression d'un travail inachevé.

Je pensais alors que ma formation pour devenir IADE m'aiderait à répondre à toutes ces interrogations. Cependant, celle-ci n'a fait que les accentuer. En effet, lors des différents cours dispensés, aucun intervenant n'a évoqué la possibilité pour le patient de ne pas passer par la

SSPI en post-opératoire. De plus, cette pratique n'est mentionnée dans aucun de nos cours alors qu'il s'agit d'une modalité de prise en charge différente.

Ce constat a entraîné l'interrogation suivante :

**Quelles sont les spécificités de la prise en charge par l'IADE d'un patient bénéficiant d'une intervention de chirurgie ambulatoire sous anesthésie loco-régionale avec fast-tracking ?**

Pour répondre à cette question, des recherches bibliographiques ont d'abord été nécessaires afin de faire le point sur la chirurgie ambulatoire et le fast-tracking, de définir ces concepts, leur cadre réglementaire et législatif ainsi que les bonnes pratiques professionnelles qui en résultent. La synthèse de ces différentes recherches constituera la revue de littérature.

Ensuite, la problématique et la question de recherche seront explicitées en regard des différentes recherches effectuées.

Puis, la méthodologie de recherche retenue sera détaillée tout en explicitant le choix du type d'enquête et l'outil utilisé. Tout en respectant la méthodologie de recherche retenue, la présentation des résultats et leurs analyses seront développées, amenant à une discussion autour de la question de recherche.

Enfin, la conclusion de ce travail permettra de mettre en évidence d'éventuels axes d'ouvertures sur ce sujet.

## II. Revue de la littérature

### 1. Méthodologie de recherche

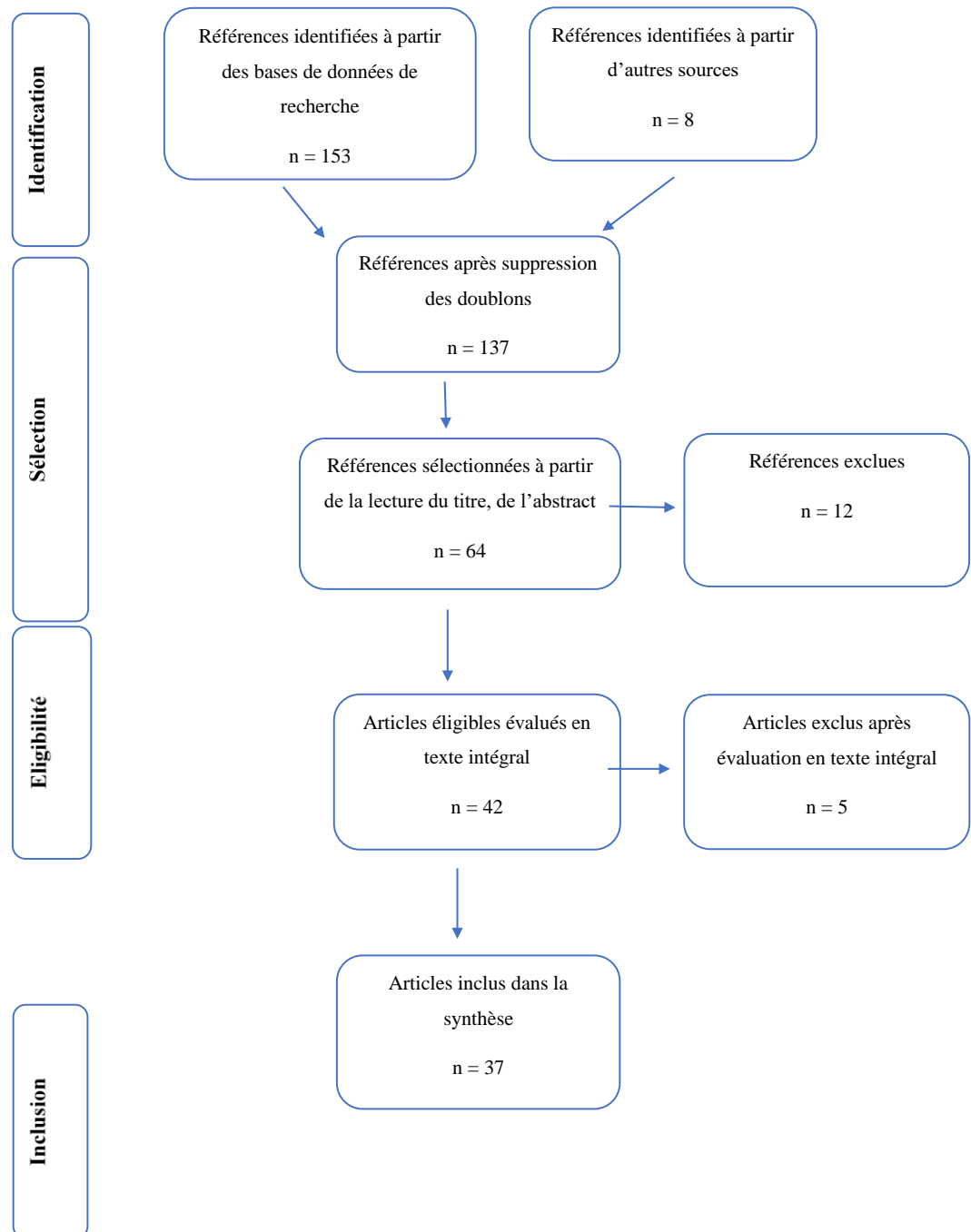
Afin de traiter ce sujet, des recherches bibliographiques ont été nécessaires, les bases de données et les équations de recherche utilisées sont les suivantes :

Bases de données de recherche	Equation de recherche
EM Consult Pubmed Europresse Cochrane Google Scholar	Fast-track* AND anesthes* AND ambulator*
EM Consult Pubmed Cochrane Google Scholar	Fast-track* AND rehabilit* AND ambulator*
Cochrane	Fast-track* AND anesthes* Fast-track AND ambulator*
HAS SFAR	Chirurgie ambulatoire

De plus, lors de ces recherches, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été défini :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<b>Fast-tracking ou procédures accélérées</b>	Fast-trach (algorithme intubation difficile)
<b>Chirurgie ambulatoire</b>	Autres chirurgies
<b>Adulte</b>	Pédiatrie
<b>Anesthésie loco-régionale</b>	Anesthésie générale

La lecture critique des références récupérées permet peu à peu de réaliser un état des savoirs sur le sujet. La traçabilité de ce cheminement est réalisée dans un diagramme de flux inspiré du diagramme Prisma :



Les recherches effectuées sur la chirurgie ambulatoire et le « fast-tracking » m'ont permis de définir ce terme d'origine américaine. En effet, la pratique du fast-tracking a été initialement introduite en Amérique du Nord il y a une vingtaine d'années et est quasi exclusivement appliquée dans le contexte de l'ambulatoire (Watkins & White, 2001).

Le fast-tracking est un ensemble de processus qui permettent d'accélérer le parcours du patient en pré et post-opératoire. Le fast-tracking permet de réduire les différents temps d'attente, notamment pour accéder au bloc opératoire, grâce à une organisation optimale du parcours du patient. Ce dispositif allie rapidité et qualité. En sortie de bloc opératoire, il y a ainsi deux façons de procéder :

- Minimiser la durée du séjour en SSPI
- Court-circuiter la SSPI car les scores habituels de sortie de SSPI sont atteints avant même que le patient y soit admis.

Pourtant, le décret du 5 décembre 1994 définit les règles suivantes « *tout patient ayant subi une anesthésie générale ou une anesthésie loco-régionale (ALR) doit bénéficier d'une surveillance post-interventionnelle jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique* » (Ministère de la Santé, 1994)

Aujourd'hui le problème est la durée de passage en SSPI et de séjour, en particulier pour la chirurgie ambulatoire (Watkins & White, 2001). La mise en place des procédures de fast-tracking impose de nombreuses contraintes organisationnelles ainsi qu'une sélection des patients et des procédures chirurgicales. La littérature sur le sujet est essentiellement nord-américaine.

Afin de bien comprendre le sujet abordé, nous allons définir les différents éléments qui constituent le cadre théorique de ce travail, en commençant par la chirurgie ambulatoire.

## 2. La chirurgie ambulatoire

### 2.1 Définition de la chirurgie ambulatoire

« *En France, elle est définie comme une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention* » (HAS, 2012).

La prise en charge du patient en hospitalisation ambulatoire est un concept d'organisation, centré sur le patient, avec pour objectif de limiter le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure. Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient.

L'hospitalisation ambulatoire est définie par la sortie du patient le jour même de son admission, sans hébergement la nuit suivant celle-ci. Cela inclut l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire (SFAR, 2010).

Les recommandations insistent sur le fait qu'il n'existe pas de liste réglementaire d'actes et que c'est uniquement sur des critères locaux que le choix des actes éligibles à la prise en charge ambulatoire doit être fait, par décision collégiale prenant en compte l'organisation des structures et l'expérience des équipes anesthésiques et chirurgicales (SFAR, 2010).

Cependant, il existe des critères de sélection du patient.

## 2.2 Critères d'éligibilité des patients

Une sélection appropriée des patients est essentielle, car elle permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence (HAS, 2016).

Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles.

Les recommandations de la SFAR en 2010, précisent que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, ainsi seuls les statuts ASA I, II et III stables sont éligibles à l'ambulatoire. Il est également recommandé d'assurer les conditions de compréhension et d'acceptation des modalités de prise en charge par le patient. Il est aussi nécessaire de s'informer auprès du patient de la compatibilité du lieu de résidence postopératoire est compatible avec la prise en charge ambulatoire.

Une fois l'éligibilité du patient à l'ambulatoire établie, certaines modalités d'information doivent être respectées.

### 2.3 Modalités de l'information du patient

Le patient hospitalisé en ambulatoire est acteur de sa préparation préopératoire et de sa réhabilitation postopératoire à domicile. Une information détaillée sur toutes les phases concourt à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du patient (SFAR, 2010).

*« Il est recommandé de délivrer une information précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge.*

*Il est recommandé, au cours de la consultation pré anesthésique, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge ambulatoire concernant :*

- *Le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient*
  - *Les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie*
  - *Les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence*
  - *Les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique*
  - *Les méthodes d'analgésie postopératoire*
  - *Les modes de recours en cas d'évènements non prévus*
  - *Les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention »*
- (SFAR, 2010)

De plus, la loi du 4 mars 2002 mentionne le droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce : *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »*

Outre ces modalités d'information à respecter en ambulatoire, la prise en charge anesthésique a elle aussi, quelques particularités.

### 2.4 Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

L'objectif de l'anesthésie ambulatoire est de permettre la réalisation d'actes chirurgicaux dans des conditions satisfaisantes compatibles avec une sortie rapide du patient, sans douleur et avec

une bonne résolution, voire une absence des effets secondaires de l'anesthésie (notamment les nausées et vomissements post-opératoires) (SFAR, 2010).

Le choix de la technique d'anesthésie repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, de l'acte réalisé et de l'organisation mise en place.

*« Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique ambulatoire. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peut être utilisé. Il est raisonnable de privilégier en fonction du patient et de l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effets secondaires réduits pour faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire.*

*Il est souhaitable d'adapter la technique de rachianesthésie à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie du patient en privilégiant les faibles doses, l'utilisation d'adjuvants liposolubles et la technique de latéralisation.*

*Il est recommandé de réaliser les blocs périphériques en accord avec le patient pour les interventions des membres qui s'y prêtent. » (SFAR, 2010)*

L'apparition de nouveaux agents anesthésiques au cours de ces vingt dernières années permet non seulement un réveil plus rapide mais également une installation de leurs effets plus rapide et aussi une titration facilitée source d'une moindre accumulation (JEPU, 2013).

L'utilisation peropératoire de morphiniques doit être réalisée de manière concertée avec le choix de l'agent anesthésique afin de tirer un bénéfice maximum des interactions pharmacologiques (JEPU, 2013).

Cette prise en charge anesthésique doit prendre en compte les spécificités organisationnelles et fonctionnelles propres à la chirurgie ambulatoire.

## 2.5 Spécificités organisationnelles et fonctionnelles de la chirurgie ambulatoire

Le décret n°92-1101 et n°92-1102 du 2 octobre 1992 a établi les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ce décret de 1992, en partie abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, a été intégré dans le Code de la Santé Publique (CSP). La définition de la chirurgie ambulatoire comme structures de soins alternatives à l'hospitalisation et son caractère substitutif ont été maintenus.



Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont décrits, et le choix organisationnel détermine l'architecture (HAS, 2012) :

- les structures intégrées ont un accueil et un séjour ambulatoire dédiés, mais localisés dans une unité d'hospitalisation classique avec partage d'un bloc opératoire commun ;
- les structures de fonctionnement autonome disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire réservé à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel ;
- les structures satellites comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure dédiée, mais dans l'enceinte de l'établissement de santé ;
- les structures indépendantes comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité.

La réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier.

Il est néanmoins précisé que les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer de leurs propres moyens en locaux, en matériel et en personnel, soit :

- la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents ;
- la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

De plus, un médecin coordinateur doit veiller au bon fonctionnement médical de l'établissement, et notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients, ainsi qu'à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins

La gestion de l'unité de chirurgie ambulatoire au quotidien doit reposer sur 3 fonctions : encadrement, organisation des soins et gestion des flux (HAS, 2013), pour cela, il faut :

- identifier et caractériser ces flux ;
- repérer et réduire les sources de gaspillages ;
- anticiper tout ce qui peut l'être avant l'arrivée du patient ;
- diffuser toute information pertinente en temps utile aux acteurs concernés ;

- informer le patient de toutes les étapes de son séjour pour qu'il participe à sa prise en charge périopératoire.

L'organisation des professionnels de santé, les systèmes d'information et les fonctions logistiques doivent étroitement concourir à cette mise en œuvre et conduire à une dynamique d'amélioration continue (HAS, 2013).

L'organisation des professionnels nécessite leur coordination et leur travail en équipe.

## 2.6 Coordination et travail en équipe

L'HAS insiste sur les relations interprofessionnelles dont dépend le bon fonctionnement de la chirurgie ambulatoire :

*« L'équipe médicale et paramédicale rompue au travail en équipe doit être formée à la spécificité de la prise en charge ambulatoire. Elle est entraînée et impliquée dans le déroulement du circuit, avec une bonne connaissance du rôle de chacun.*

*Les coopérations professionnelles, favorisant la fluidité de la prise en charge (flux continu) et réduisant la présence des patients au strict temps nécessaire aux soins, doivent être parfaitement formalisées au travers de procédures, notamment lors de l'évaluation du patient à son entrée et à sa sortie ». (HAS-ANAP, 2013),*

Pour la SFAR, la coordination entre les acteurs de soins dont le patient fait partie ainsi que le partage d'informations sont les qualités nécessaires pour une prise en charge ambulatoire efficiente (SFAR, 2010).

Avec le développement de la chirurgie ambulatoire et de la réhabilitation précoce, nous avons vu le nombre d'anesthésie locorégionale augmenter. L'anesthésie locorégionale (ALR) est une alternative de l'anesthésie à l'anesthésie générale permettant une diminution des douleurs et des nausées et vomissements postopératoires (NVPO).

### 3. L'anesthésie locorégionale (ALR)

#### 3.1 Définition

L'anesthésie locorégionale consiste à administrer des anesthésiques locaux au niveau de la moelle épinière, des racines, ou des nerfs qui innervent le territoire où a lieu l'intervention (HAS, 2010).

Un anesthésique local, appliqué au contact du tissu nerveux à concentration appropriée, possède la propriété de bloquer la conduction axonale. Un anesthésique local agit sur toutes les fibres, motrices, sensibles, sensorielles et autonomes à tout niveau du système nerveux. Il s'utilise après application en surface, infiltration locorégionale ou injection à proximité de structures conductrices, pour supprimer la sensibilité douloureuse essentiellement, sans perte de conscience (HAS, 2010).

L'ALR implique des conditions de réalisation et de surveillance particulières.

#### 3.2 Conditions de réalisation et de surveillance

*« La surveillance du patient débute dès le début de la prise en charge anesthésique et se poursuit sans discontinuer jusqu'en salle de surveillance post interventionnelle ou salle de travail pour les unités obstétriques. Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique »* (Ministère de la Santé, 1994).

L'échographie en ALR offre un double intérêt : celui de guider la procédure mais aussi celui de la monitorer, car les injections intravasculaires et intraneurales sont directement visualisées et peuvent ainsi être évitées.

Lorsque seul un bloc périphérique est réalisé, il est recommandé de réaliser une durée de surveillance (clinique + monitoring) d'au moins 30 minutes après une ALR du membre supérieur et 60 minutes après une ALR du membre inférieur (réalisée sans autre anesthésie : sédation – anesthésie générale – ALR périmédullaire) (SFAR, 2016).

L'anesthésie locorégionale périphérique, bien que considérée comme une technique sécuritaire, ne déroge en rien aux règles de monitoring peranesthésique et peropératoire (fréquence cardiaque, pression artérielle, électrocardioscope, oxymètre de pouls).

L'ALR présente donc les caractéristiques suivantes :

- elle répond aux exigences de sécurité grâce à l'absence d'altération profonde de la conscience et de complications respiratoires postopératoires ;
- elle offre l'avantage de prévenir les douleurs postopératoires immédiates et de diminuer l'incidence des nausées et vomissements postopératoires (SFAR, 2011).

Cette technique anesthésique semble donc particulièrement adaptée au concept de fast-tracking. Cependant, à l'heure actuelle, la législation ne permet pas le court-circuitage total de la salle de surveillance post-interventionnelle car l'ALR peut entraîner certaines complications.

### 3.3 Complications de l'ALR

Les complications de l'ALR sont dues à la toxicité systémique des anesthésiques locaux. Celle-ci peut être d'ordre neurologique, cardiaque et métabolique. Il peut également y avoir une réaction allergique aux anesthésiques locaux et/ou aux adjuvants (SFAR, 2003).

L'utilisation des anesthésiques locaux peut en effet présenter des effets indésirables en cas de passage intraveineux sur le système nerveux central. Ils sont variables selon la concentration du produit, la dose administrée et le site d'injection et peuvent aller du vertige avec bourdonnements d'oreilles jusqu'au coma avec détresse respiratoire.

De plus, à forte concentration, l'ALR peut entraîner des effets secondaires indésirables sur le système cardiovasculaire. Plus tardifs, ils peuvent survenir en cas de diffusion systémique notable et vont de l'hypertension artérielle avec tachycardie à l'arrêt cardio-respiratoire (SFAR, 2003).

Enfin, il existe également des complications liées à la ponction elle-même (risque d'hématome, dissection artérielle, pneumothorax ...).

La survenue de ces différentes complications justifie l'importance de la surveillance des patients aussi bien lors de l'intervention en salle d'opération, que lors de leur passage en SSPI.

## 4. La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI)

### 4.1 Définition

La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) accueille l'ensemble des patients relevant d'une surveillance post-anesthésique et ayant subi une intervention chirurgicale.

Cette surveillance post-opératoire a plusieurs objectifs tels que :

- l'accueil et l'installation du patient, en sécurité, confortablement et selon les prescriptions médicales et anesthésiques,
- la surveillance et le maintien des grandes fonctions vitales,
- la prévention et le traitement de toutes complications
- l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

*Le décret 94-1050 du 5 décembre 1994 mentionne que « la SSPI doit se situer à proximité des sites opératoires et permettre l'admission de tous les patients dès la fin de l'intervention hormis les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe en réanimation. La SSPI doit comporter au moins quatre postes. Un infirmier diplômé d'état, si possible infirmier anesthésiste doit être présent en permanence et placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit intervenir sans délai. »*

L'enquête épidémiologique menée par la SFAR-INSERM de 1978 à 1982 a clairement montré que la période du réveil était accompagnée d'une incidence élevée d'accident directement imputable à l'anesthésie ; avec comme principaux événements la dépression ventilatoire et les complications cardiovasculaires. 25% des accidents dus à l'anesthésie avaient lieu pendant l'induction, 25% en peropératoire, 50% lors de la phase de réveil (Ottieni et Al Ann Fr, 1986).

L'instauration d'une surveillance obligatoire en SSPI a permis de réduire la morbi-mortalité postopératoire par la détection et le traitement précoce des complications liées à l'anesthésie ou à la chirurgie. La mortalité périopératoire a ainsi été divisée par dix en 20 ans (André Lienhart et al., 2006).

Le séjour postopératoire en SSPI a par ailleurs permis de répondre aux exigences de confort souhaitées par les patients : prévention des nausées et vomissements postopératoires et traitement de la douleur.

La surveillance post interventionnelle commence au bloc opératoire, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie et ne s'interrompt pas pendant le transfert vers la SSPI.

#### 4.2 Le transfert du patient en salle de surveillance post-interventionnelle

*« La surveillance continue post interventionnelle 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. Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie. Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient. Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique »* (Ministère de la Santé, 1994).

Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) concernant la surveillance et les soins post anesthésiques précisent que pendant ce transfert, le patient doit être accompagné du médecin qui a pratiqué l'anesthésie ou d'un infirmier anesthésiste. La phase de transfert fait partie intégrante de la surveillance post interventionnelle et peut nécessiter des soins spécifiques, notamment lorsque la longueur du trajet l'impose.

Cependant, certains cas exceptionnels ne nécessitent pas ce passage obligatoire par la SSPI, comme *« 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. Sous réserve que les patients puissent bénéficier des conditions de surveillance mentionnées à l'article D. 712-45, peuvent tenir lieu de salle de surveillance post-interventionnelle :*

*a) la salle de travail située dans une unité d'obstétrique, en cas d'anesthésie générale ou locorégionale pour des accouchements par voie basse ;*

*b) la salle où sont pratiquées des activités de sismothérapie »* (Ministère de la Santé, 1994)

#### 4.3 L'admission en salle de surveillance post-interventionnelle

La SFAR recommande une transmission verbale et écrite à l'arrivée en SSPI entre la personne accompagnante (médecin ou IADE) et l'IADE ou IDE présent en salle de réveil et/ou le

médecin anesthésiste responsable de la salle. Cette transmission porte sur l'anesthésie et l'acte effectués, et les soins particuliers à effectuer.

#### 4.4 Le séjour en 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'Etat formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.*

*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'Etat formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.*

*Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai. » (Ministère de la Santé, 1994)*

En SSPI le patient bénéficie d'une surveillance clinique et instrumentale constante et adaptée à son état.

#### 4.5 Sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle

Selon l'article Article D. 712-49 du Décret du 5 Décembre 1994 : *« Le médecin décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert. »*

La SSPI a pour objectif initial d'offrir une surveillance continue au cours de la période postopératoire immédiate, et notamment de garantir que les effets résiduels des agents anesthésiques ne sont pas délétères pour les patients. Elle permet également d'effectuer une surveillance des conséquences immédiates des actes chirurgicaux (SFAR, 1999).

Le score d'Aldrete modifié est utilisé pour valider la sortie de SSPI. Il est élaboré pour évaluer l'état clinique d'un patient après une anesthésie afin de savoir s'il peut quitter la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) et retourner dans sa chambre en toute sécurité (Aldrete, 1970).

Un score supérieur ou égal à 9 sur 10 autorise la sortie de SSPI et le retour en chambre.

Le score d'Aldrete modifié prend en compte les variations relatives des paramètres physiologiques et non plus leurs valeurs absolues et la mesure de la saturation artérielle en oxygène par oxymétrie de pouls (SpO2) y est rajoutée.

Activité motrice	Score	Signes cliniques
Activité motrice	2	Mobilise ses quatre membres
	1	Mobilise deux membres
	0	Aucun mouvement
Respiration	2	Grands mouvements respiratoires
	1	Efforts respiratoires limités ou dyspnée
	0	Aucune activité respiratoire spontanée
Activité circulatoire	2	PA systolique +/- 20% valeur préopératoire
	1	PA systolique +/- 20-50% valeur préopératoire
	0	PA systolique +/- 50% valeur préopératoire
Conscience	2	Complètement réveillé
	1	Réveillé à l'appel de son nom
	0	Aucun réveil à l'appel
SpO2	2	> 92% à l'air
	1	Complément d'O2 nécessaire pour SpO2>90%
	0	< 92% avec complément O2

### Score d'Aldrete modifié

Le concept du fast-tracking propose alors de court-circuiter cette étape de surveillance en salle de surveillance post-interventionnelle.

## 5. Le fast-tracking

### 5.1 Définition

Le concept du fast-tracking se traduit par le court-circuit d'une étape pour aller à l'étape suivante. Il correspond ainsi, dans sa transposition dans le domaine de l'anesthésie, à l'élimination d'un passage en salle de réveil pour des patients à faible risque post-opératoire ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale périphérique ; l'évaluation du patient se faisant à la sortie de la salle d'intervention (ex : score d'Aldrete modifié). Dans ce cas les patients vont directement dans une salle de « remise à la rue » après leur intervention (HAS, 2013).



## 5.2 Le score de White

En France, le passage en SSPI reste donc une obligation réglementaire après toute anesthésie même si l'on peut diminuer le temps de passage avec des critères objectifs d'évaluation.

Aux Etats-Unis, les critères d'éligibilité du fast-tracking ont été définis lors d'une étude américaine menée par Paul F. White (directeur de la recherche, au sein du département d'anesthésie). Il a défini un score appelé score de White qui permet d'apprécier si le patient peut ou non sortir de SSPI. Ce score a été choisi aux Etats Unis car ce sont les critères les plus généralement utilisés pour permettre aux patients de court-circuiter la SSPI après une anesthésie générale (White & Song, 1999).

Il comporte 7 items cotés de 0 à 2 ; un score de 12 points est nécessaire pour court-circuiter la surveillance en SSPI.

Les critères sont les suivants :

- Niveau de conscience
- Motricité
- Stabilité hémodynamique
- Respiration
- Saturation en oxygène
- Douleur
- NVPO

Fonction	État	Score
Niveau de conscience	Réponds aux stimulations tactiles Éveillable avec stimulation légère Réveillé et orienté	1. 2. 3.
Motricité	Mouvements volontaires impossibles Faiblesse à la mobilisation des extrémités Peut bouger les extrémités sur commande	1. 2. 3.
Stabilité hémodynamique	Delta PA > 30% de la valeur basale Delta PA de 15 à 30% de la valeur basale Delta PA < 15% de la valeur basale	1. 2. 3.
Respiration	Dyspnée et toux faible Tachypnée avec toux efficace Respiration profonde possible	1. 2. 3.
Saturation en oxygène	SpO <sub>2</sub> < 90% avec apport d'oxygène Apport d'oxygène (nasal) nécessaire SpO <sub>2</sub> > 90% à l'air ambiant	1. 2. 3.
Douleur	Douleur sévère persistante Douleur modérée à sévère contrôlée par analgésiques IV Douleur absente ou inconfort modéré	1. 2. 3.
NVPO	Nausées inconfortables ou vomissements Vomissements transitoires Nausées absentes ou modérées, sans vomissements	1. 2. 3.

### Score de White

**Source** : [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Surveillance\\_per-\\_et\\_postoperatoire\\_en\\_anesthesie\\_locoregionale.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Surveillance_per-_et_postoperatoire_en_anesthesie_locoregionale.pdf)

Cette surveillance post-opératoire est réglementée par des recommandations de la SFAR.

#### 5.3 Recommandations de la SFAR

La durée de surveillance après la réalisation de l'ALR permet d'éviter tout risque lié à une toxicité systémique de l'anesthésique local. Ainsi, une sortie de SSPI doit être envisagée à distance du pic plasmatique d'anesthésique local, soit 45 minutes après un bloc du membre supérieur et 60 minutes après un bloc du membre inférieur.

La SFAR s'est prononcé sur le sujet en 2011 et propose que « *le médecin anesthésiste-réanimateur puisse prendre une décision de sortie directe du bloc opératoire vers la salle d'hospitalisation ambulatoire ou d'hospitalisation classique, si toutes les conditions suivantes sont remplies :*

- *Patient de classe ASA 1, 2 ou 3 équilibré*
- *Chirurgie sans risque vital ou fonctionnel postopératoire (accord chirurgical)*
- *Utilisation d'une anesthésie locorégionale, périphérique, sans complication peranesthésique, ni sédation*
- *Respect d'un délai depuis l'injection d'anesthésique local supérieur à 45 min pour un bloc plexique du membre supérieur, à 60 min pour un bloc plexique du membre inférieur*
- *Critères de sortie de SSPI remplis*
- *Notation de ces critères dans le dossier médical*
- *Décision de sortie directe portée dans ce dossier, avec le nom et la signature du médecin*

*Il apparaît d'ailleurs indispensable qu'une procédure soit écrite au niveau de l'établissement, détaillant le type de patients, le type de bloc nerveux et le score de sortie.*

*Les patients bénéficient d'une surveillance identique à celle qu'ils auraient eue après un passage en SSPI. Idéalement, pour l'ambulatoire, cela se passe dans un espace dédié, de type secteur de repos, avec des fauteuils et une présence paramédicale » (SFAR, 2011).*

#### 5.4 Retour d'expérience sur le fast-tracking

En 2010, une étude a été réalisée dans l'objectif d'évaluer la faisabilité et la sécurité d'un fast-tracking simulé après une ALR périphérique. Cette étude de S. Bloc, L. Mercadal (« *Fast-tracking en anesthésie locorégionale périphérique : étude préliminaire de faisabilité* ») qui montre que sur 700 patients opérés de chirurgie orthopédique programmée sous ALR (membres supérieurs et inférieurs) en ambulatoire, 98% d'entre eux avaient à l'arrivée en SSPI les critères de sortie.

Ces critères étaient définis selon le score de White auquel était ajouté un item concernant la surveillance du site chirurgical. Le fast-tracking avait pu être appliqué lorsqu'aucun évènement indésirable n'était survenu en période post-opératoire.

Les auteurs mentionnent alors une possible évolution vers cette pratique malgré l'absence de support réglementaire « *Le fast-tracking pourrait apporter certains avantages en termes de réduction des dépenses de santé et aux problèmes d'engorgement de la SSPI. Bien qu'en France, le fast-tracking reste un concept marginal pour lequel il n'existe aucun support réglementaire, l'évolution vers une telle pratique pourrait être envisagée.* »

Un passage rapide ou le court-circuitage complet de la SSPI peut permettre d'améliorer le confort des patients totalement éveillés en leur évitant de côtoyer un environnement agressif (extubation, aspiration trachéale, et autres bruits présents en salle de surveillance post-interventionnelle)(Golmard, Fournier, Sukami, & Keïta-Meyer, 2010).

Le fast-tracking permet donc de court-circuiter la salle de surveillance post-interventionnelle, cependant l'infirmier anesthésiste reste l'acteur principal de cette prise en charge spécifique. En effet, la survenue des complications doit être détectée, quelles qu'elles soient, et l'IADE a un rôle principal dans la prévention et la surveillance de celles-ci.

## 6. L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

### 6.1 Définition

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État est un infirmier qui se spécialise afin d'acquérir des compétences supplémentaires dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des soins d'urgence ainsi que de la prise en charge de la douleur. Dans ce cadre, il réalise l'ensemble des gestes qui concernent la prise en charge anesthésique des patients à sa charge. Son rôle est prépondérant dans les domaines de l'urgence, de la formation, de l'encadrement ainsi que dans l'évolution de sa profession (recherche) (SNIA, 2014).

### 6.2 Législation

La profession d'infirmier anesthésiste est réglementée par le Code de la Santé publique.

L'article R4311-12 du Décret n°2017-316 du 10 mars 2017 mentionne que :

*« I.-A L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin :*

- 1. Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;*
- 2. Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post interventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.*

*B. -L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat est, dans ces conditions, seul habilité à :*

*1° Pratiquer les techniques suivantes :*

*a) Anesthésie générale ;*

*b) Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;*

*c) Réanimation peropératoire ;*

*2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;*

*3° Assurer, en salle de surveillance post interventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation peropératoire.*

*II. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1° du B du I ... »*

L'IADE travaille en équipe avec le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR). 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 MAR, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou la stratégie établie. Le médecin peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie à la condition de rester à proximité immédiate et de pouvoir intervenir à tout moment.

L'IADE participe à la réalisation des anesthésies locorégionales. Il est habilité à pratiquer des réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur, suivant les prescriptions écrites de ce dernier.

La participation de l'IADE à l'anesthésie du patient en ambulatoire obéit aux mêmes règles.

### 6.3 Référentiel de compétences

Le « *référentiel de compétences* » de l'arrêté du 23 Juillet 2012 définit les différentes compétences de l'IADE, qui sont au nombre de sept. Certaines de ces compétences sont applicables lors de la prise en charge du patient bénéficiant du fast-tracking en chirurgie ambulatoire pour une anesthésie loco-régionale.

**Compétence 1 : Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie.** Au regard de cette compétence l'IADE va planifier l'organisation de son travail en fonction des événements en cours, évaluer la conformité du site d'anesthésie, identifier choisir et adapter les agents médicamenteux en fonction des caractéristiques du patient et du type d'intervention envisagée, de l'évaluation médicale pré-anesthésique et de la stratégie en pré, per et post opératoire définie par le MAR.

**Compétence 2 : Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique.** L'IADE va sélectionner les éléments pertinents du dossier patient en lien avec l'anesthésie, apprécier l'état clinique et paraclinique du patient ...

**Compétence 3 : Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention.** L'IADE va maintenir l'équilibre physiologique en fonction de l'évaluation en continue de l'état clinique et paraclinique du patient au cours de la procédure d'anesthésie, anticiper les temps opératoires, sélectionner et notifier sur la feuille d'anesthésie les informations pertinentes sur le déroulement de la procédure d'anesthésie des événements péri-interventionnels.

**Compétence 4 : Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation.** L'IADE analyse, adapte et actualise sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique et de l'évolution des techniques en anesthésie-réanimation et douleur.

**Compétence 5 : Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie.** L'IADE va maintenir un contact avec un patient vigile notamment lors d'une anesthésie loco-régionale, évaluer son comportement et

son anxiété pour adapter l'anesthésie réanimation, établir et maintenir une relation de confiance avec le patient, expliquer au patient l'utilisation des dispositifs à visée analgésique

Par sa formation et son expertise, l'IADE occupe une place importante dans la prise en charge du patient en anesthésie. Il devient alors pertinent de s'intéresser à la problématique que soulève le fast-tracking pour la prise en charge de l'IADE.

### **III. Problématique et question de recherche**

#### **1. Problématique**

Les recherches bibliographiques effectuées ont permis de soulever différents problèmes en lien avec le développement du fast-tracking en chirurgie ambulatoire.

En effet, le développement de la chirurgie ambulatoire s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients pris en charge en salle de surveillance post-interventionnelle (HAS, 2013). Dans ce contexte, le fast-tracking semble un concept intéressant pour répondre aux attentes des soignants et du patient.

Selon la SFAR, d'un point de vue économique, le fast-tracking peut de la même façon apporter certains avantages aussi bien en termes de réduction des dépenses de santé, qu'en terme de réponse à l'engorgement des salles de surveillance post-interventionnelle, en particulier pour des actes chirurgicaux courts en ambulatoire. Il permet aussi d'optimiser la qualité et le rendement des soins postopératoires (SFAR, 2011).

Le fast-tracking en chirurgie ambulatoire est décrit comme « une voie d'avenir » par de nombreux professionnels de santé en France « *cela fait longtemps que cela existe aux Etats-Unis et il est évident que, dans notre pays, les établissements de santé y viendront eux aussi pour développer la pratique de la chirurgie ambulatoire* » (Dalat, 2012).

Cependant, malgré le maintien du décret du 5 Décembre 1994 obligeant le passage en salle de surveillance post-interventionnelle, certains établissements de santé en France, ont mis en place une procédure de fast-tracking.

En l'absence de cadre réglementaire, le développement du fast-tracking privilégierait plutôt un séjour en SSPI bref que sa suppression (A Lienhart, Ecoffey, & Benhamou, 2013). En regard des propositions de la SFAR, l'idéal serait de définir les critères d'éligibilité des patients, la nature des actes opératoires pour bénéficier d'un tel dispositif. Tout ceci en respectant les recommandations concernant la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire.

Dans le contexte de l'ambulatoire, les vrais enjeux de la SSPI sont de diminuer la durée de séjour au strict minimum tout en garantissant un niveau de sécurité maximal (A Lienhart et al., 2013). Ceci souligne l'intérêt d'avoir des parcours dédiés spécifiquement à l'ambulatoire comme cela a été notifié par la SFAR en 2009.

Néanmoins, la mise en place du fast-tracking, induit quelques changements dans la prise en charge du patient par l'IADE. Il est important de rappeler que la SFAR recommande, en général, une transmission verbale et écrite à l'arrivée en SSPI entre la personne accompagnante (médecin ou IADE) et l'IADE ou IDE présent en salle de réveil et/ou le médecin anesthésiste responsable de la salle. Cette transmission porte sur l'anesthésie et l'acte effectués, et les soins particuliers à effectuer.

**Or, dans le cas du fast-tracking, le patient quitte la salle d'intervention pour rejoindre directement son service, étant accompagné par le brancardier et non par l'IADE en charge du patient.**

Pour ce qui est des transmissions écrites, l'infirmière anesthésiste assure la traçabilité de l'anesthésie sur une feuille de surveillance, mais il ne s'agit pas de transmissions ciblées, comme celles effectuées par les infirmières de salle de surveillance post-interventionnelle par exemple. Il serait donc intéressant d'étudier le comportement de l'IADE face à cette problématique.

## 2. Question de recherche

A travers le développement du fast-tracking et les différentes discussions autour de la diminution de la durée de séjour en SSPI ou son court-circuitage, il semble pertinent de se demander comment l'exercice professionnel de l'infirmier anesthésiste évolue à travers ce concept récent.



Il découle de ce constat le questionnement suivant :

**Quel est l'impact des nouvelles modalités de prise en charge des patients, comme le fast-tracking, sur les pratiques professionnelles de l'IADE ?**

L'objectif ce travail de recherche est donc de déterminer quelles actions sont mises en place par l'IADE lors de la prise en charge d'un patient bénéficiant du fast-tracking, quel est son vécu.

Afin d'atteindre cet objectif, il est important de préciser la méthodologie retenue.

## **IV. Méthodologie**

Le but ici est d'explicitier la démarche méthodologique entreprise pour répondre à la question de recherche énoncée précédemment.

### **1. Méthode de recherche**

L'approche qualitative est sélectionnée au regard de la question de recherche posée. La méthode qualitative permet en effet le recueil et l'analyse de données sous forme verbale et textuelle.

Elle est un type de recherche concernant le sens, l'expérience, les perceptions de tous les participants. Elle essaye de donner du sens tout en préservant la complexité et la perspective globale de la personne. Enfin, elle développe des concepts qui nous permettent de comprendre les phénomènes (Fernandez, 2006).

*« La recherche qualitative vise à comprendre, de manière contextualisée, les attitudes et les comportements de l'être humain. Le savoir produit par ce type de recherche résulte de la rencontre du chercheur et du participant. Les méthodes de recueil de données privilégiées en recherche qualitative sont déclaratives. Elles produisent des données textuelles. »* (Debout, 2012)

### **2. Type d'étude**

La plupart des méthodologies de recherche qualitative reposent sur des assises philosophiques. Ce socle philosophique procure à la méthodologie sa finalité et sa structure. La phénoménologie

est emblématique de ce courant, et tire ses origines du début du XXe siècle : il s'agit à la fois d'une philosophie et d'une méthode de recherche (Mackey, 2005).

Cette méthode de recherche permet la compréhension et la description de l'expérience humaine telle que la vivent les participants à une étude (Munhall, 2012).

La phénoménologie se différencie des autres méthodes, car elle a pour but de découvrir l'essence des phénomènes vécus, leur nature et le sens que les êtres humains leurs attribuent (Van Manen, 1990).

La phénoménologie compte plusieurs courants ou orientations philosophiques. Les deux principaux philosophes dont s'inspirent les chercheurs en recherche phénoménologique sont Husserl et Heidegger, le premier s'intéressant en particulier à la description et le second à l'interprétation.

*« Martin Heidegger est à l'origine de la seconde école de pensée phénoménologique : l'herméneutique encore appelée phénoménologie interprétative. Bien que celui-ci souligne l'influence de l'environnement sur le vécu de l'être humain il reconnaît aussi la liberté de faire des choix de manière autonome et d'agir en conséquence. Cette autonomie s'exerce cependant dans un cadre déterminé par l'environnement dans lequel l'être humain évolue. Cette philosophie ambitionne également de mettre en lumière les mécanismes influents observables au quotidien. Ce courant valorise les préconceptions du chercheur sur le phénomène qu'il étudie. Ces dernières lui permettent de mieux cibler la recherche et l'aide à réaliser l'interprétation du phénomène étudié. Toutefois, ses préconceptions ne doivent pas influencer les entretiens réalisés auprès des participants. » (Debout, 2012)*

La phénoménologie interprétative semble donc le modèle le plus approprié à l'approche du phénomène étudié. En effet, cette méthodologie est une approche favorable lorsque la recherche porte sur la manière dont les individus perçoivent les situations particulières auxquelles ils sont confrontés, comment ils donnent sens à leur environnement personnel et social. La phénoménologie interprétative est utile quand on est préoccupé par la complexité, le processus ou la nouveauté d'un phénomène (A. Smith & Osborn, 2007).

Cela correspond donc à l'objectif de ce travail, qui est l'exploration et la description du sens attribué à une nouvelle pratique professionnelle (ici le fast-tracking).

### 3. Choix du terrain et recrutement des participants

Les participants de cette étude sont sélectionnés par choix raisonné, il s'agit donc d'un échantillonnage intentionnel. L'enquête se destine uniquement aux IADE prenant en charge des patients bénéficiant du fast-tracking. L'ancienneté dans la profession, le mode d'exercice et le type d'établissement au sein duquel ils travaillent ne sont pas déterminants dans le choix des personnes à interroger, mais leur variabilité peut apporter plus d'exhaustivité dans les réponses.

Deux conditions doivent alors être remplies : la personne doit avoir vécue la situation qui nous intéresse et elle doit accepter de nous en parler.

Une stratégie de recrutement est alors mise en œuvre. Tout d'abord, une demande écrite d'autorisation d'étude préalable est réalisée auprès des cadres de santé des services concernés. Ensuite, après obtention de réponses favorables, les rendez-vous sont organisés afin de programmer les différents entretiens.

L'étude est basée sur le volontariat. Le volontariat offre une enquête remplie par des agents intéressés qui répondront de manière exhaustive, et proposeront probablement des remarques constructives. En opposition, une participation obligatoire pour les agents peut être prise comme une sanction, entraînant ainsi des réponses possiblement aléatoires, et donc une enquête qui pourrait ne plus être significative.

### 4. Choix de la méthode de recueil de données de recherche

Le choix de l'outil d'enquête s'est porté sur des entretiens semi directifs afin de correspondre à l'approche qualitative de la question de recherche.

L'entretien consiste en un mode particulier de communication verbale qui s'établit entre deux personnes : un intervieweur qui recueille l'information et un répondant qui fournit les données. Il établit un contact direct entre le chercheur et les participants à l'intérieur d'un environnement naturel. Le but de l'entretien est de recueillir de l'information en vue de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants, conformément à l'intention du chercheur. Le répondant est censé posséder cette information particulière que le chercheur tente de comprendre (Savoie-Zajc, 2009).

L'entretien semi-dirigé est une méthode qualitative qui sert à recueillir des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés.

*« L'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire »* (Imbert, 2010).

Les caractéristiques de l'entretien semi-directif sont les suivantes :

- discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé
- quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer
- information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi (Imbert, 2010)

L'entretien semi-dirigé requiert la détermination des objectifs et la préparation d'un plan ou d'un guide d'entrevue, de même que l'indication de thèmes et de sous-thèmes associés à la question de recherche. Dans le cadre de notre recherche, l'entretien comporte 14 questions ouvertes (annexe 1), qui s'articulent autour des thématiques suivantes :

- l'identification de la personne interrogée
- les connaissances de l'IADE sur le fast-tracking
- la prise en charge du patient
- la relation avec les services et la traçabilité

Les différentes thématiques établies permettront de faciliter l'analyse des réponses.

## 5. Analyse des données

L'analyse des données qualitatives nécessite le traitement complexe et minutieux d'une grande quantité d'information. L'analyse phénoménologique propose une démarche différente de celle des autres types de recherches qualitatives concernant le codage ou l'analyse de contenu. La clarification des significations et l'établissement de liens dans le texte nécessite une stratégie qui privilégie un mouvement de va-et-vient entre les expressions particulières, les détails et le sens du texte dans son ensemble (Todres, Galvin, & Holloway, 2009).

Selon la vision d'Heidegger, l'interprétation de l'expérience vécue va au-delà de la simple description de cette expérience. Il s'agit de la phénoménologie interprétative. Dans l'interprétation, les chercheurs ne peuvent séparer leurs propres perspectives de celles des participants. Par un mouvement de va-et-vient d'écriture et de réécriture, il est possible de clarifier les données de l'expérience vécue et d'y réfléchir avant d'en arriver à une compréhension plus approfondie du phénomène (Mackey, 2005).

Morse et Field (1995) ont constaté que l'analyse qualitative était « un processus d'emboîtement des données consistant à rendre l'invisible évident, à établir des liens et à attribuer des conséquences à des antécédents. Ils ont mis en lumière quatre processus cognitifs qui interviennent dans l'analyse qualitative :

- **La compréhension.** Au début du processus analytique, le chercheur s'efforce de donner un sens aux données et de découvrir « ce qui se passe ». Une fois cette étape franchie, il est en mesure de préparer une description détaillée du phénomène étudié. Le processus de compréhension se termine une fois que la saturation est atteinte
- **La synthèse.** Synthétiser des données suppose qu'on les « passe au crible » et qu'on rassemble ensuite tous les morceaux en procédant par induction. Lors de cette étape, le chercheur a une idée de ce qui est habituel dans le cas du phénomène étudié et de ce qui représente une variation. A l'issue du processus de synthèse, il est en mesure de formuler des énoncés généraux sur le phénomène et sur les informateurs.
- **La théorisation.** La théorisation s'accompagne d'un tri systématique des données. Au cours de ce processus, les chercheurs élaborent d'autres explications du phénomène à l'étude, qu'ils mettent de côté pour vérifier par la suite si elles « correspondent » bien aux données. Le processus de théorisation évolue jusqu'à obtention de la meilleure explication.
- **La recontextualisation.** On vise ici à développer la théorie de façon à explorer ses applications possibles à d'autres contextes ou d'autres groupes.

Ces différents processus ne sont pas linéaires.

Dans le cas d'une analyse qualitative, un plan d'analyse adapté à l'étude et étayé par une référence bibliographique est retenue. Le verbatim des différents entretiens sera retranscrit.

## 6. Considérations éthiques

La législation encadrant la recherche, notamment la Loi Jardé, sur la personne humaine doit être scrupuleusement respectée.

Cette enquête visant à évaluer des pratiques professionnelles, n'entre pas en conflit avec la Loi Jardé n°2012-300 du 5 mars 2012, conformément au Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 car « *Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine [...] et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé.* » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017).

Cette enquête n'engage pas la sécurité du patient, ni celle des professionnels de santé.

Une demande préalable d'autorisation d'enquête, accompagnée d'un résumé du protocole d'enquête est adressé aux établissements sélectionnés (annexe 2). Cette demande a été effectuée par mail aux directions des soins et aux cadres des établissements pratiquant le fast-tracking.

Une demande de consentement d'enregistrement pour les entretiens est également demandée à chaque personne interrogée avant chaque début d'entretien.

Tout au long de la démarche de recherche, l'anonymat et la protection des données ont été respectés.

## V. Présentation et analyse des résultats

### 1. Méthode d'analyse des données de recherches recueillies

L'analyse des données recueillies est réalisée conformément à la méthode proposée par Morse et Field (1995) décrite précédemment, qui divise l'analyse en quatre étapes : la compréhension, la synthèse, la théorisation et la recontextualisation.

Pour cela, nous allons dans un premier temps présenter les données recueillies lors des huit entretiens réalisés, puis nous allons les confronter aux recherches effectuées dans la revue de littérature.

## 2. Présentation des résultats

### 2.1 Identification des personnes interrogées

Lors de la réalisation des entretiens, 8 IADE ont été interrogés, provenant de deux établissements publics différents. 50% des personnes interrogées proviennent d'un établissement A et 50% d'un établissement B.

La population interrogée se compose de 2 hommes et 6 femmes, avec une ancienneté de diplôme allant de deux ans et demi à seize ans.

Les caractéristiques des différents IADE interrogés sont les suivantes :

IADE 1	Etablissement A	Homme	2 ans ½ de diplôme
IADE 2	Etablissement A	Femme	3 ans ½
IADE 3	Etablissement A	Femme	8 ans
IADE 4	Etablissement A	Homme	10 ans
IADE 5	Etablissement B	Femme	16 ans
IADE 6	Etablissement B	Femme	7 ans
IADE 7	Etablissement B	Femme	12 ans
IADE 8	Etablissement B	Femme	7 ans

Les questions posées sont organisées selon les thèmes suivants :

- Les connaissances de l'IADE sur le fast-tracking
- La prise en charge du patient bénéficiant du fast-tracking
- La relation avec les services et la traçabilité lors du fast-tracking

### 2.2 Les connaissances de l'IADE sur le fast-tracking

#### 2.2.1 L'organisation de la chirurgie ambulatoire

Pour introduire le thème de la chirurgie ambulatoire, la première question posée était la suivante : « *Trouvez-vous que l'organisation de la chirurgie ambulatoire a un impact sur vos pratiques professionnelles ? Pourquoi ?* »

Pour l'ensemble des IADE interrogés, les pratiques professionnelles restent les mêmes pour un patient en chirurgie ambulatoire. L'IADE 1 explique « *mes pratiques non puisque la sécurité reste la même* ». Cependant, leur organisation est modifiée, notamment en ce qui concerne les produits à utiliser ; deux IADE mentionnent la contre-indication du Midazolam par exemple « *certaines produits sont déconseillés en ambulatoire par exemple le Midazolam donc tu évites de le faire* ». Le but étant que le patient « *soit le plus rapidement apte à sortir du réveil* » explique l'IADE 2.

De plus, l'IADE 3 mentionne un problème de logistique pouvant survenir avec la chirurgie ambulatoire « *quand il y a nécessité d'une sédation où au final le bloc ne marche pas bien, et on est obligé d'endormir le patient, ça met un petit peu le bazar car le patient n'a pas de lit* ».

### 2.2.2 Définition du fast-tracking

La question posée sur le fast-tracking était la suivante : « *Comment définiriez-vous le fast-tracking ?* ».

L'IADE 4 n'a pas su définir ce concept. Cette question a suscité un silence pour deux d'entre eux, ainsi qu'une longue hésitation pour deux autres, avant d'obtenir une réponse. De plus, l'IADE 3 ne connaissait pas du tout « *alors moi j'ai entendu ce truc là que quand j'ai lu ton courrier que tu as envoyé à la cadre, mais je ne connais pas* ».

L'IADE 8 utilise le terme de « *dérogation au passage en SSPI* » tandis que l'IADE 6 explique qu'il s'agit « *d'économiser le temps qu'on passe en salle de réveil, donc de retourner directement dans sa chambre, voir plus rapidement ses proches et passer moins de temps à l'hôpital* ».

### 2.2.3 Avis sur la pratique du fast-tracking

La question posée lors des entretiens était la suivante : « *Que pensez-vous de cette pratique et pourquoi ?* »

L'ensemble des IADE interrogés est unanime pour dire qu'il s'agit d'un confort pour le patient mais aussi pour le personnel : « *c'est un gain de temps pour le patient, c'est un meilleur vécu de l'anesthésie et de la chirurgie* », explique l'IADE 6. De plus, l'IADE 4 ajoute que « *c'est très bon pour le patient pour éviter l'effet anxiogène de la SSPI, il peut rentrer chez lui le plus rapidement possible* ».



Cependant l'IADE 2 trouve ce concept mal adapté car pour elle les infirmières des services connaissent mal les risques de l'ALR dans l'immédiat « *donc je ne suis pas certaine que cela soit adapté, donc sous réserve de formation des infirmières du service* ».

Enfin l'IADE 8 insiste sur la rigueur nécessaire autour du fast-tracking en expliquant « *si c'est fait de façon rigoureuse, je pense qu'il n'y a pas de risque pour le patient. En revanche les risques sont là dès lors qu'on ne le fait plus de façon rigoureuse* ».

L'IADE 6 ajoute « *j'ai l'impression qu'il y a un manque de communication autour du bien de cette pratique [...], je n'ai pas l'impression que les patients ressentent la plus-value* ».

#### 2.2.4 Formation sur le fast-tracking

La question posée était la suivante : « *avez-vous bénéficié d'une formation sur le fast-tracking ?* »

100% des IADE interrogés répondent ne pas avoir eu de formation sur le fast-tracking. L'IADE 5 précise que dans l'établissement B « *on nous a donné une fiche avec des critères de fast-tracking et on nous a dit que si le patient respectait ces critères il était fast-tracké.* »

De plus, les 4 IADE provenant de l'établissement A font la comparaison entre fast-tracking et le patient debout. L'IADE 2 explique « *ah si y a un truc qui vient d'être introduit tout doucement c'est le patient debout. Ce n'est pas du fast-tracking ça, mais y a quand même de l'ambulatoire.* »

#### 2.2.5 Recommandations et critères à respecter

La question posée était la suivante : « *savez-vous s'il existe des recommandations pour la pratique du fast-tracking ?* »

Aucun IADE interrogé n'a su donner les recommandations pour la pratique du fast-tracking. L'IADE 5 précise « *je ne sais pas là tout de suite, mais je pense que j'ai su oui. C'était les mêmes recommandations que pour la SSPI en fait* ». Tandis que l'IADE 1 assimile les recommandations du fast-tracking aux recommandations de la chirurgie ambulatoire « *moi je pense que c'est comme pour l'ambulatoire* ».

Ensuite la question posée était « *quels sont les critères à respecter selon vous pour qu'un patient puisse bénéficier du fast tracking ?* »

Les 4 IADE de l'établissement B, m'expliquent qu'ils ont une feuille pour le circuit fast-tracking « *il faut que tous les items correspondent à la colonne oui pour qu'on puisse faire le fast-tracking. Sachant qu'il y a la signature de l'anesthésiste et du chirurgien* ». Les critères de cette feuille sont la conscience, la respiration, la SpO2, la variation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque, la température, les nausées-vomissements, les frissons, un saignement anormal, l'agitation et la douleur.

Dans l'établissement A, 3 IADE sur 4, ne connaissent pas les critères à respecter. Tandis que le 4<sup>e</sup> IADE mentionne que les critères d'ambulatoire « *il y a des critères pour être en ambulatoire, il faut pouvoir comprendre le français, il faut pouvoir habiter non loin d'une structure pour pouvoir revenir dans la demi-heure en cas de problème* ».

7 IADE sur 8 ne connaissent pas de score regroupant les critères permettant au patient de bénéficier du fast-tracking. L'IADE 4 parle du score d'Aldrète « *euh oui mais il est en SSPI. Nous on l'a en salle, on le transmet en SSPI, la SSPI prépare et valide la sortie. Parce qu'il faut valider la sortie du patient avant de partir en ambu. Elles ont leur score, c'est le score d'Aldrète un truc comme ça.* »

Pour continuer l'entretien, il m'a semblé pertinent de s'intéresser à la prise en charge de l'IADE du patient bénéficiant du fast-tracking.

## 2.3 La prise en charge du patient bénéficiant du fast-tracking

### 2.3.1 Prise en charge globale du patient

La question posée était la suivante : « *avez-vous une prise en charge différente en cas de fast-tracking ? Pourquoi ?* »

5 IADE expliquent ne pas avoir de prise en charge différente. L'IADE 1 détaille « *pour moi je ne la modifie pas vraiment, mis à part les médicaments qu'on utilise pas. Non puisque c'est toujours ton rôle propre, l'anxiété du patient, discuter avec lui.* » L'IADE 4 trouve sa prise en charge différente « *bah oui. Oui surement oui. Quand je sais que je vais déléguer, je parle moins car je sais que c'est mon collègue qui va s'en occuper.* »

### 2.3.2 Conseils donnés aux patients

Pour poursuivre l'entretien, il a semblé pertinent de s'intéresser à l'attitude éducative des IADE. La question posée était la suivante : « *donnez-vous des conseils pour la suite de la prise en charge ? De quels types ?* »

50% des IADE interrogés ne donnent pas de conseils au patient pour la suite de la prise en charge. L'IADE 1 pense que c'est fait par le service de chirurgie ambulatoire « *pas forcément puisque je pense que c'est surtout fait en amont c'est-à-dire dans le service de chirurgie ambulatoire* ». Tandis que l'IADE 5 explique que « *de toute manière le médecin a déjà donné des recommandations* ». L'IADE 8 s'interroge sur ce comportement éducatif qu'elle n'a pas « *c'est vrai que je pourrais donner plus de conseils, mais non je n'ai pas cette attitude éducative.* »

50% des IADE expliquent donc donner plus de conseils au patient lorsqu'il bénéficie du fast-tracking. L'IADE 2 explique « *on leur donne tous les conseils. Tout ce qui est en lien par rapport aux inconvénients de l'ALR qu'ils viennent d'avoir. Du coup c'est important de les informer de l'anesthésie qu'ils ont eu et des conséquences.* »

### 2.3.2 Gestion de la douleur post-opératoire et des NVPO

Pour poursuivre l'entretien, il a semblé pertinent de s'intéresser à la prise en charge de la douleur et des NVPO. La question posée était la suivante : « *quelle est votre stratégie de gestion des douleurs post-opératoires et des NVPO en fast-tracking ?* »

Concernant la prise en charge des IADE, l'ensemble des personnes interrogées répond ne pas faire de prévention de NVPO pour les patients bénéficiant d'une ALR. L'IADE 1 décrit « *pour les NVPO théoriquement comme c'est souvent des blocs t'es pas censé en avoir* ».

Concernant la prise en charge de la douleur, les réponses obtenues sont surtout des conseils donnés au patient ou des alternatives à l'ALR. L'IADE 6 insiste auprès du patient pour la prise d'antalgiques « *je leur dis bien qu'il faut prendre les antalgiques dans les 24 voire les 48 premières heures. Les prendre en systématique pour pas que la douleur arrive.* » Tandis que l'IADE 2 explique informer les patients « *des conséquences qu'ils peuvent avoir par rapport à l'ALR et la gestion de la douleur.* » Enfin l'IADE 8 s'interroge sur ses pratiques « *non ma prise en charge est la même, mais c'est vrai qu'on pourrait adapter cette prise en charge.* »

Concernant les alternatives à l'ALR, la Dexaméthasone comme adjuvant est mentionnée, mais aussi la conversion en AG ou un complément de Lidocaïne ajouté par le chirurgien si le bloc ne fonctionne pas.

#### 2.4 La relation avec les services et la traçabilité lors du fast-tracking

Pour poursuivre l'entretien il a semblé pertinent de s'intéresser à la traçabilité lors du fast-tracking. La question posée était la suivante : *« avez-vous dans votre établissement une procédure écrite concernant le fast-tracking ? De quel type ? »*

Dans l'établissement A, les IADE ne font part d'aucune feuille de traçabilité existante. L'IADE 2 s'interroge *« à remplir nous ? Non je ne connais pas. Comme c'est tout nouveau ... Je pense que oui comme on a une check list de sortie, pas un check list mais des critères de sortie en salle de réveil. Je pense que vu que c'est une sortie de patient, il doit y avoir des critères de sortie pour que cela puisse être validé. »*

Concernant l'établissement B, la feuille des critères précédemment explicitée a été citée par les 4 IADE comme servant de feuille de traçabilité. L'IADE 5 détaille *« non à part cette feuille avec les critères. Cette feuille sert de traçabilité, elle est remplie, signée et datée. »*

Afin de clôturer cet entretien il semblait pertinent de s'intéresser aux relations des IADE avec le service de chirurgie ambulatoire. La question posée était la suivante : *« avez-vous l'habitude de faire vos transmissions au service après l'intervention ? Comment ? »*

100% des IADE ont répondu que non. Dans l'établissement A, le patient passe par la salle de surveillance post-interventionnelle sans y rester, les IADE font donc leurs transmissions aux infirmières de SSPI. L'IADE 4 mentionne que *« la sortie du patient c'est la SSPI. Il n'y a pas de lien. Il existe un lien, le lien informatisé. Une fois que je me suis occupée du patient en salle, tout ce que j'ai fait est noté [...] la fille là-bas n'a qu'à lire. »*

L'IADE 5 explique que le patient sert de lien entre le service de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire : *« il n'y a pas de contact. Si on a quelque chose à dire, on le dit au patient directement qui transmet. »*

La majorité des IADE est d'accord pour dire que si le patient présente un problème particulier, le patient est de toute façon gardé en SSPI. L'IADE 7 explique *« on a juste la feuille de*

*surveillance. Si vraiment il y a un souci on appelle l'infirmière, mais de manière générale on appelle pas. S'il y a un souci de toute façon, on garde le patient au réveil. »*

Enfin l'IADE 8 affirme « *non pas du tout et je sais que ce n'est pas terrible [...] Tout à l'heure je parlais de rigueur, cela peut en faire partie* ».

Les entretiens se sont clôturés dans tous les cas en demandant aux personnes interrogées si elles avaient quelque chose à ajouter. Seule l'IADE 3 a ajouté « *c'est un procédé qui est plutôt le bienvenu pour le patient, enfin pour tout le monde en fait. Mais pour qu'il soit bien rodé, il faut que ça soit encadré, il faut qu'il y ait des réunions. Ce que je reprocherais à ce genre de projet, c'est que sous-couvert d'être bien pour les patients et tout ça, en fait c'est toujours pour des raisons économiques.* »

### 3. Analyse des résultats

#### 3.1 Impact de la chirurgie ambulatoire sur les pratiques professionnelles

A travers les entretiens, il est intéressant de remarquer que le développement de la chirurgie ambulatoire ne modifie ni les pratiques professionnelles, ni l'organisation des IADE interrogés. Les professionnels interrogés sont en effet en accord avec les recommandations de la SFAR sur les modalités de prise en charge anesthésique pour la chirurgie ambulatoire qui signale qu'il : « *pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique ambulatoire. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peut être utilisé. Il est raisonnable de privilégier en fonction du patient et de l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effets secondaires réduits pour faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire* » (SFAR, 2010). En effet, la majorité des IADE justifie l'utilisation de drogues d'action courte et la contre-indication de certains produits en ambulatoire comme le Midazolam par exemple.

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients pris en charge en salle de surveillance post-interventionnelle. Dans ce contexte, le fast-tracking peut offrir une réponse aux attentes des soignants et du patient.

### 3.2 Impact du fast-tracking sur les pratiques professionnelles

Bien que le fast-tracking soit mis en place dans les deux établissements où les entretiens se sont déroulés, les silences et les signes d'hésitation ont marqué la plupart des réponses obtenues sur la définition du fast-tracking.

Les IADE pratiquent donc le fast-tracking au quotidien sans parvenir à définir et expliciter ce concept. Les avis sur le fast-tracking sont quant à eux très mitigés.

Il est intéressant d'observer que les IADE ayant eu le plus de mal à définir le fast-tracking, sont ceux de l'établissement dans lequel il n'existe pas de feuille expliquant la procédure. Ces IADE ont alors un avis peu favorable sur le développement de cette pratique ; ils soulèvent le manque de formation des infirmières de chirurgie ambulatoire, mais aussi le manque de rigueur associé à cette pratique.

En parallèle, les IADE de l'établissement B ont plus de facilités à s'exprimer autour du sujet, et font tous référence à la feuille de critères du circuit court de la salle de surveillance post-interventionnelle mise en place dans leur structure. Cette feuille de critère est semblable au score d'Aldrète modifié ou score de White mis en avant dans la revue de littérature. Leurs explications pour définir le fast-tracking se rapprochent de la définition de l'HAS qui ressort des recherches bibliographiques effectuées aux préalables. Leur avis sur la pratique est très positif, il en ressort que le fast-tracking est un véritable confort pour le patient mais aussi pour le personnel (notamment pour la SSPI que ça permet de désengorger).

Il semble donc pertinent de se demander si l'existence de procédures écrites ou protocoles au sein du bloc opératoire ne faciliterait pas la mise en place et le développement des nouvelles pratiques professionnelles. L'information véhiculée autour de cette pratique semble influencer l'avis des professionnels sur celle-ci, puisque les professionnels peu renseignés ont du mal à exposer un avis favorable.

De plus, les méconnaissances autour de ce nouveau concept peuvent être dues à un manque de formation. En effet, aucun des établissements interrogés n'a proposé de formation aux professionnels lors de la mise en place du fast-tracking.

Il est important de rappeler que la formation continue spécifique aux IADE, est indispensable à l'entretien des connaissances et à l'acquisition des techniques et des stratégies nouvelles en anesthésie-réanimation. Elle doit être accessible à tout IADE, quel que soit l'établissement qui

l'emploi. Le choix des objectifs et des moyens de cette formation doit être le résultat d'une concertation entre les médecins anesthésistes-réanimateurs en charge de l'enseignement et les instances représentatives des IADE. La formation continue doit permettre de répondre à l'évolution des techniques, de maintenir et d'approfondir le savoir général, condition nécessaire d'une indispensable polyvalence des compétences (SFAR, 2015).

Ce manque de formation et de connaissances est également souligné par la méconnaissance des recommandations autour du fast-tracking.

### 3.3 Relation de l'IADE avec le patient et le service de chirurgie ambulatoire

Les entretiens ont également permis d'explorer la relation de l'IADE avec le patient bénéficiant du fast-tracking. Il en est ressorti que leur prise en charge n'est pas modifiée par cette nouvelle pratique. Néanmoins, la moitié des IADE affirme avoir une attitude plus éducative auprès du patient, en leur donnant les informations nécessaires au bon déroulement de leur prise en charge en lien avec l'ALR, mais aussi des conseils sur la prise en charge de leur douleur. Cette attitude éducative de la part de l'IADE est justifiée par la nécessité que le patient ne présente aucun effet indésirable pour pouvoir court-circuiter la salle de surveillance post-interventionnelle. Par sa formation et son expertise, l'IADE est un élément important de la prise en charge du patient. Les connaissances requises en anesthésie et en gestion de la douleur, la maîtrise des techniques et du matériel, ainsi que la proximité de l'IADE avec le patient pendant la réalisation de l'acte et la durée de l'intervention chirurgicale, font que celle-ci est une des premières personnes à pouvoir détecter tout problème, incident ou accident inhérent à l'anesthésie.

Enfin, la relation de l'IADE avec le service de chirurgie ambulatoire a été explorée à travers les entretiens réalisés. Etant donné que le patient court-circuite la salle de surveillance post-interventionnelle, il semblait pertinent de s'intéresser à la manière dont l'IADE effectuait ses transmissions. La SFAR recommande une transmission verbale et écrite à l'arrivée en SSPI entre la personne accompagnante (médecin ou IADE) et l'IADE ou IDE présent en salle de réveil et/ou le médecin anesthésiste responsable de la salle. Cette transmission porte sur l'anesthésie et l'acte effectués, et les soins particuliers à effectuer. Etant donné que le patient ne passe pas par la SSPI, ces transmissions auraient pu être faites au service. Néanmoins, la totalité des professionnels interrogés affirme ne pas faire de transmissions au service de chirurgie ambulatoire. Il n'y a pas de lien entre le service et le bloc opératoire, hormis la feuille de surveillance anesthésique et les prescriptions post-opératoires. L'IADE ne fait pas de

transmissions orales à l'infirmière du service, c'est souvent le patient qui transmet directement les informations lors de son arrivée en chirurgie ambulatoire. Peut-être est-ce dû au fait que l'IADE pense avoir écrit suffisamment d'informations sur la feuille de surveillance anesthésique pour ne rien avoir à ajouter à l'oral ?

Ce manque de liaison avec le service de chirurgie ambulatoire est un véritable frein au développement du fast-tracking. Hormis le problème des transmissions, il n'y a aucun lien avec le service, et les IADE le soulignent en exprimant un certain regret de ne pas avoir de retour sur cette pratique de la part des professionnels de santé du service de chirurgie ambulatoire.

Au regard des entretiens réalisés auprès d'IADE prenant en charge des patients bénéficiant du fast-tracking, il est mis en évidence un véritable manque de communication autour de cette pratique. Chaque IADE a son propre ressenti autour de cette nouvelle modalité de prise en charge. Ce ressenti est conditionné par l'organisation du service en lui-même et les moyens mis à disposition comme les formations, les procédures ou les protocoles.

## **VI. Discussion**

L'objectif de ce mémoire est de répondre à la question de recherche suivante :

**Quel est l'impact des nouvelles modalités de prise en charge des patients, comme le fast-tracking, sur les pratiques professionnelles de l'IADE ?**

La méthode utilisée, basée sur le modèle phénoménologique a bien répondu aux attentes de l'enquête. Les participants ont pu exprimer leur vécu et leur ressenti autour de la prise en charge du patient de chirurgie ambulatoire bénéficiant de fast-tracking.

Il semblait intéressant de mettre en lien l'analyse des résultats des entretiens avec le référentiel de compétences de l'IADE afin de mettre en avant les manquements et les défaillances, autour du fast-tracking.

**Compétence 1 : Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie.**

Les entretiens réalisés ont mis en avant le fait que la chirurgie ambulatoire ne modifie pas les pratiques professionnelles et l'organisation des IADE.



### **Compétence 3 : Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention.**

Cette compétence inclut la connaissance des recommandations de bonnes pratiques ; les IADE interrogés sont tous capables de donner les recommandations autour de la chirurgie ambulatoire mais pas pour le fast-tracking. Une formation autour du fast-tracking pour les IADE et les étudiants IADE pourrait sembler intéressante afin de développer les connaissances des professionnels autour de ce mode de prise en charge, qui reste aujourd'hui peu connu mais peut être amené à se développer au vu de l'essor de la chirurgie ambulatoire.

### **Compétence 4 : Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation.**

L'IADE analyse, adapte et actualise sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique et de l'évolution des techniques en anesthésie-réanimation et douleur. Le fast-tracking pouvant être considéré comme une évolution du mode de prise en charge, le manque de connaissances des professionnels interrogés qui n'adapte pas et n'actualise pas leur pratique professionnelle au regard de ce nouveau mode de prise en charge constitue un manquement pour cette compétence. La nécessité d'une formation pour aborder cette nouvelle pratique semble de nouveau indispensable.

### **Compétence 5 : Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie.**

De plus, ce travail de recherche a permis de mettre en évidence les interactions entre les patients et l'IADE. Lors des ALR, la majorité des IADE interrogés expliquent donner des conseils au patient, mais surtout surveiller l'apparition des complications qui contre-indiqueraient le court-circuitage de la salle de surveillance post-interventionnelle. En effet, lors des entretiens les professionnels interrogés mentionnent le fait de discuter avec les patients lors de l'intervention notamment pour réduire leur anxiété. Ils les informent de l'anesthésie, des conséquences possibles, mais expliquent également le temps nécessaire au retour de la mobilité du membre anesthésié. Certains insistent même sur la prise en charge de la douleur, en donnant des conseils au patient sur la prise des antalgiques après l'intervention.

Du fait de ses connaissances en anesthésie, l'IADE est capable d'identifier la survenue de problèmes nécessitant une surveillance en SSPI.

**Compétence 6 : Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur.**

Au regard des entretiens réalisés, il semble que cette compétence soit celle qui fasse le plus défaut. Tout d'abord, cette compétence fait référence à l'efficacité de la transmission de l'information et à la cohérence de la coordination de ses actions avec les autres intervenants et services. Dans le cas du fast-tracking, les IADE interrogés expliquent ne pas faire de transmissions au service de chirurgie ambulatoire et se contentent des informations renseignées sur la feuille d'anesthésie. Est-ce par habitude ? Pourquoi ne pas instaurer une transmission orale par téléphone avec le service lorsque le patient quitte la salle d'intervention pour rejoindre le service d'ambulatoire ?

Cette compétence mentionne également l'élaboration de documents d'information et de formation sur les activités des services d'anesthésie. Les IADE interrogés font part de la non existence de procédure ou de protocole interne au service expliquant le fast-tracking, mis à part une feuille de critères à respecter dans un des deux établissements où ont été réalisés les entretiens. Pourquoi ne pas instaurer une procédure écrite dans les services où sont mis en place le fast-tracking ?

Il semble également pertinent de se demander quelle représentation l'IADE a de son métier. En effet, avec l'absence de transmissions et le manque d'échange avec le service de chirurgie ambulatoire dans le cadre du fast-tracking, les échanges interprofessionnels lors de la prise en charge en chirurgie ambulatoire semblent très peu développés. Lors des entretiens, aucun professionnel ne mentionne la réalisation de transmissions orales auprès du service à l'arrivée du patient, comme les transmissions orales réalisées auprès des IDE lorsque le patient arrive en salle de surveillance post-interventionnelle. En temps normale, mise à part la feuille de surveillance anesthésique, les IADE utilisent peu l'écrit comme mode de transmission. Il serait alors intéressant de développer un outil post-opératoire permettant de faire le lien entre le bloc opératoire et le service d'ambulatoire ; le support doit aller plus loin qu'un simple outil de traçabilité et permettre de faire le lien entre le service d'anesthésie et de chirurgie. Dans le cadre du fast-tracking, les IADE interrogés mentionnent la feuille de surveillance anesthésique comme support de transmissions et la feuille de critères pour fast-tracking pour un des établissements, mais celle-ci est-elle vraiment adaptée et suffisante ?

Lorsqu'une nouvelle modalité de prise en charge est instaurée dans un service ou un établissement, il semble intéressant de développer des outils pouvant faciliter cette prise en charge, comme un outil de transmission en post-opératoire par exemple. Ces outils pourraient être construits lors de réunion en équipe pluridisciplinaire, afin que chaque équipe puisse apporter son point de vue sur la nouvelle pratique. Tout ceci dans le cadre de procédure ou de protocoles écrits, pour des professionnels de santé ayant une formation avant l'instauration de cette nouvelle modalité de prise en charge.

Enfin, il semble intéressant de promouvoir le décloisonnement des professionnels de santé afin d'assurer une meilleure coopération entre les différents services (ici le bloc opératoire et le service de chirurgie ambulatoire).

## **VII. Identification des limites de l'études**

Tout d'abord le lieu de réalisation des entretiens a été une véritable limite dans cette démarche de recherche. La totalité des entretiens s'est déroulé sur le lieu et le temps de travail des professionnels interrogés. Avec le recul, il aurait été préférable de réaliser celui-ci dans un lieu plus neutre, à un moment où le professionnel aurait été plus disponible. De plus, le lieu mis à disposition pour les entretiens était la salle de pause des professionnels, les échanges ont alors été souvent perturbés par divers allers et venues. Malgré l'utilisation de nombreuses questions de relance, le professionnel n'a pas pu, à mon avis, répondre de façon réfléchie à celles-ci.

L'autre limite de l'étude est le temps alloué pour cette démarche de recherche. La saturation des données n'a pas été atteinte, même si ce n'est pas attendu dans une enquête qualitative de type interprétative, il serait intéressant de poursuivre cette enquête auprès d'un nombre de participants plus important provenant notamment d'autres établissements.

## **VIII. Formulation des préconisations**

La formation est indispensable à l'entretien des connaissances et à l'acquisition des techniques et des stratégies nouvelles en anesthésie-réanimation.

Dans un premier temps, il serait intéressant d'inclure le fast-tracking au programme des deux années de formation de l'école d'infirmier anesthésiste. Cela pourrait s'inclure dans les enseignements autour de la chirurgie ambulatoire et permettrait aux étudiants de se familiariser avec ce nouveau concept avant de le découvrir sur le terrain en stage.

Dans un second temps, la mise en place du fast-tracking dans les établissements de santé devrait s'accompagner d'une formation obligatoire pour les personnels soignants, tant pour le bloc opératoire que pour le service de chirurgie ambulatoire. Il y serait expliqué l'objectif du court-circuitage de la SSPI pour les patients bénéficiant d'une ALR, les avantages et les inconvénients. Mais surtout, les IADE seraient informés des recommandations et des critères à respecter, tandis que les IDE du service de chirurgie ambulatoire seraient formées aux complications que peuvent engendrer l'ALR. Toute cette démarche, pourrait s'inclure dans la mise en place d'un staff pluridisciplinaire associant les professionnels de santé du service de chirurgie ambulatoire et d'anesthésie.

## **IX. Conclusion**

Le fast-tracking possède un réel avenir dans nos blocs opératoires. Cette modalité de prise en charge se développe progressivement dans nos établissements de santé en France, alors qu'il est mis en place depuis des dizaines d'années aux Etats-Unis.

Cette étude basée sur le modèle phénoménologique a permis d'explorer l'impact des nouvelles modalités de prise en charge des patients, comme le fast-tracking, sur les pratiques professionnelles de l'IADE.

Malgré cette nouvelle modalité de prise en charge, les IADE ne modifient pas leurs pratiques professionnelles, tant dans leur organisation, dans la prise en charge du patient et que dans leurs relations avec le service de chirurgie ambulatoire. Associé à ces éléments, l'étude met en évidence un réel manque de formation et d'information autour du fast-tracking, bien qu'il soit mis en place depuis plusieurs années au sein des établissements.

Il serait alors intéressant d'explorer le point de vue et le ressenti des patients bénéficiant du fast-tracking. Qu'en pensent-ils ? Ressentent-ils la plus-value du court-circuitage de la salle de surveillance post-interventionnelle ?

Du côté des Etats-Unis, le fast-tracking se pratique également pour les anesthésies générales ; le patient est extubé en salle d'intervention puis est transféré dans une salle de remise à la rue où il est surveillé avant de retourner à son domicile. Avec le décret du 5 Décembre 1994, le passage par la salle de surveillance post-opératoire reste une obligation, il serait intéressant de s'intéresser à la faisabilité du fast-tracking pour une anesthésie générale en France.

## Bibliographie

- Andi N. Rice, Virginia C. Muckler, Warren R. Miller, & Charles A. Vacchiano. (2014). Fast-Tracking Ambulatory Surgery Patients Following Anesthesia. Consulté à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.006>
- BEAUSSIER, M. (2013). Les limites du fast-tracking. JEPU 2013.
- Beaussier, M., Albi-Feldzer, A., Bloc, S., Charriot, M.-P., Compère, V., Dadure, C., ... Vialles, N. (2017). Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017? *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 21(2), 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2017.02.006>
- BELOEIL, H. (2013). Techniques analgésiques après fast-tracking: quelles spécificités ? JEPU 2013.
- Bloc, S., Mercadal, L., Cuny, P., Renault, F., Dessieux, T., Garnier, T., ... Ecoffey, C. (2010). Fast-tracking en anesthésie locorégionale périphérique: étude préliminaire de faisabilité. <http://www.em-premium.com/data/revues/07507658/v29i10/S0750765810002315/>. Consulté à l'adresse <http://www.em-premium.com.ezproxy.univ-paris13.fr/article/268532/resultatrecherche/2>
- BLOC, S., MERCADAL, L., & ECOFFEY, C. (2013). Fast-tracking: pour quel bénéfice en privé et public. JEPU 2013.
- Chirurgie ambulatoire: Fast track où rapidité rime avec qualité. (2017, avril). Consulté 20 novembre 2017, à l'adresse <https://www.mutualite.fr/actualites/chirurgie-ambulatoire-circuit-fast-track-rapidite-rime-qualite/>
- Colmont, D. (2011). Fast-tracking en salle de surveillance post-interventionnelle, (121), 4-7.
- DALAT, A. (2012). Une voie d'avenir. *Le Quotidien du Médecin*. Consulté à l'adresse

<http://nouveau.europresse.com.ezproxy.univ-paris13.fr/Link/paris13/news.20121108.SQU.145922>

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, 2012-969 § (2012).

Fast tracking en ambulatoire - MACSF Exercice professionnel. (2016, juin 22). Consulté 22 octobre 2017, à l'adresse <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Prevention-des-risques/fast-tracking-ambulatoire>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology*. *Recherche en soins infirmiers*, (102), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Jacob, A. K., Walsh, M. T., & Dilger, J. A. (2010). Role of Regional Anesthesia in the Ambulatory Environment. *Anesthesiology Clinics*, 28(2), 251-266. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2010.02.009>

Joshi, G. P., & Twersky, R. S. (2000). Fast tracking in ambulatory surgery. *Ambulatory surgery*, 8(4), 185-190.

La chirurgie ambulatoire en 12 questions. (s. d.). Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la\\_chirurgie\\_ambulatoire\\_en\\_12\\_questions.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf)

Le taux de mortalité liée à une anesthésie divisée par 10 en 25 ans - Le taux de mortalité liée à une anesthésie divisée par 10 en 25 ans - NotreFamille.com. (2011, avril 5). Consulté 14 janvier 2018, à l'adresse <https://sante-guerir.notrefamille.com/sante-a-z/le-taux-de-mortalite-liee-a-une-anesthesie-divisee-par-10-en-25-ans-le-taux-de-mortalite-liee-a-une-anesthesie-divisee-par-10-en-25-ans-o299324.html#EGtw9iXZbcl03Svt.99>

Les blocs peripheriques des membres chez l'adulte.pdf. (s. d.). Consulté à l'adresse [http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2\\_AFAR\\_Les-blocs-peripheriques-des-membres-chez-l-adulte.pdf](http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Les-blocs-peripheriques-des-membres-chez-l-adulte.pdf)

Lienhart, A., Auroy, Y., Péquignot, F., Benhamou, D., Warszawski, J., Bovet, M., & Jouglu, E. (2006). Survey of Anesthesia-related Mortality in France. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 105(6), 1087-1097.

LIENHART, A., ECOFFEY, C., & BENHAMOU, D. (2013). La réglementation des SSPI: quoi de neuf depuis le décret de 1994 ? JEPU 2013.

MEISTELMAN, C. (2013). Techniques anesthésiques et fast-tracking. JEPU 2013.

Millar, J. (2004). *Editorial II: Fast-tracking in day surgery. Is your journey to the recovery room really necessary?* Oxford University Press.

Ministère de la Santé. Décret no 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), 94-1050 § (1994).

Organisation du circuit patient en ambulatoire. (s. d.). Consulté à l'adresse [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Organisation\\_du\\_circuit\\_patient\\_en\\_ambulatoire.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Organisation_du_circuit_patient_en_ambulatoire.pdf)

Patel, R. I., Verghese, S. T., Hannallah, R. S., Aregawi, A., & Patel, K. M. (2001). Fast-tracking children after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 92(4), 918–922.

Plantet, F., Delaunay, L., & Gentili, M. (2013). « Fast trackers » de tous les pays unissez-vous !! *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 17(5), 270-272. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2013.08.003>

Procédures accélérées en ambulatoire. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://reanesth.chu->



bordeaux.fr/JARCA/JARCA-d-antan/JARCA-2012/Le-congr%C3%A8s-des-Jarca-2012,-textes-et-diaporamas/Symposium-IADE/25-Sztark.pdf/

Salle de réveil : qui fait quoi ? MACSF Exercice professionnel. (s. d.-a). Consulté 14 janvier 2018, à l'adresse <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/qui-fait-quoi-en-salle-de-reveil-anesthesie>

Salle de réveil : qui fait quoi ? MACSF Exercice professionnel. (s. d.-b). Consulté à l'adresse <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/qui-fait-quoi-en-salle-de-reveil-anesthesie>

SAMII, K. (2013). L'organisation des SSPI aux Etats-Unis: la naissance du concept de « fast-tracking ». JEPU 2013.

SFAR. (2010). Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29(1), 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2009.12.008>

SFAR. (2011, octobre 26). Transfert direct vers une unité d'hospitalisation après ALR périphérique sans sédation.

SFAR. (2015). Le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État. Consulté 19 avril 2018, à l'adresse <http://sfar.org/le-role-de-linfirmier-anesthesiste-diplome-detat/>

Song, D., Chung, F., Ronayne, M., Ward, B., Yogendran, S., & Sibbick, C. (2004). Fast-tracking (bypassing the PACU) does not reduce nursing workload after ambulatory surgery. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 93(6), 768-774. <https://doi.org/10.1093/bja/ae265>

Song, Dajun, & Chung, F. (2001). Fast-tracking in ambulatory anesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 48(7), 622–625.

Surveillance per et postopératoire en anesthésie locorégionale.pdf. (s. d.). Consulté à l'adresse

[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Surveillance\\_per-\\_et\\_postoperatoire\\_en\\_anesthesie\\_locoregionale.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Surveillance_per-_et_postoperatoire_en_anesthesie_locoregionale.pdf)

- Watkins, A. C., & White, P. F. (2001). Fast-tracking after ambulatory surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 16*(6), 379-387. <https://doi.org/10.1053/jpan.2001.28887>
- White, P. F. (2005). Update on ambulatory anesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia, 52*(1), R45–R45.
- White, P. F., & Song, D. (1999). New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: a comparison with the modified Aldrete's scoring system. *Anesthesia & Analgesia, 88*(5), 1069–1072.
- Williams, B. A., & Kentor, M. L. (2011). The WAKE\copyright score: patient-centered ambulatory anesthesia and fast-tracking outcomes criteria. *International anesthesiology clinics, 49*(3), 33–43.
- YAVORDIOS. (2013). Fast-tracking. Revoir l'organisation du circuit patient au bloc opératoire. JEPU 2013.

## Annexes

Annexe I: Grille d'entretien

Annexe II: Protocole de recherche

Annexe III: Verbatim des entretiens

## **Annexe I: Grille d'entretien**

---

*Madame, Monsieur. Je suis étudiante infirmière anesthésiste en 2<sup>e</sup> année à l'Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon. Je réalise une étude sur la pratique de l'anesthésie locorégionale en chirurgie ambulatoire. Cet entretien reste anonyme.*

**Identification de la personne interrogée** Depuis quand exercez-vous en tant qu'IADE ?

### **Les connaissances de l'IADE sur le fast-tracking**

Trouvez-vous que l'organisation de la chirurgie ambulatoire a un impact sur vos pratiques professionnelles ? Pourquoi ?

Comment définiriez-vous le fast-tracking ? Que pensez-vous de cette pratique ? Pourquoi ?

Y a-t-il des éléments à améliorer selon vous concernant cette pratique ?

Avez-vous bénéficié d'une formation sur le fast-tracking ?

Savez-vous s'il existe des recommandations pour la pratique du fast-tracking ?

Quels sont les critères à respecter selon vous pour qu'un patient puisse bénéficier du fast tracking ? Connaissez-vous un score qui regroupe ces critères ?

### **Prise en charge du patient**

Avez-vous une prise en charge différente en cas de fast-tracking ? Pourquoi ?

Donnez-vous des conseils au patient pour la suite de la prise en charge ? De quels types ?

Quelle est votre stratégie de gestion des douleurs post-opératoires et des NVPO en fast-tracking ?

### **Relation avec les services et traçabilité**

Avez-vous dans votre établissement une procédure écrite concernant le fast-tracking ? De quel type ?

Avez-vous l'habitude de faire vos transmissions au service après l'intervention ? Comment ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

## Annexe II: Protocole de recherche

---

### *Le fast-tracking : nouvelle pratique en chirurgie ambulatoire*

**Contexte de l'étude** : Dans le contexte économique actuel, la réhabilitation post-opératoire précoce se traduit par la réduction des temps d'hospitalisation, ainsi de plus en plus de chirurgies sont réalisées en ambulatoire. Le fast-tracking, est une nouvelle pratique en France, qui repose sur une procédure permettant aux patients bénéficiant d'une intervention chirurgicale en chirurgie ambulatoire, un passage en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) réduit voire inexistant. Ce mémoire apporte une réflexion sur la manière dont l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) s'approprie les nouvelles pratiques comme le fast-tracking.

**Question de recherche** : « Quel est l'impact des nouvelles modalités de prise en charge des patients, comme le fast-tracking sur les pratiques professionnelles de l'IADE ? »

**Objectifs de recherche** :

- Déterminer quelles actions sont mises en place par l'IADE lors de la prise en charge d'un patient bénéficiant du fast-tracking
- Comprendre s'il y a une modification des interactions entre l'IADE et le patient, puis entre l'IADE et les services

**Méthodologie de recherche** : il s'agit d'une approche qualitative. La théorie ancrée semble le modèle le plus approprié à l'approche du phénomène étudié. Cette méthodologie s'appuie sur une démarche inductive appliquée à des données recueillies sur le terrain et vise à proposer une explication du phénomène étudié. Pour cela, les données seront recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès d'IADE exerçant dans un bloc opératoire pratiquant le fast-tracking.

## Annexe III: Verbatim des entretiens

---

### **Entretien IADE n°1**

Retranscription de l'entretien du 15 Mars 2018 avec un IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est un homme travaillant dans un hôpital public A.

Moi : Ça fait combien de temps que tu es diplômé IADE ?

IADE : Euh deux ans et demi

Moi : Tu as toujours travaillé dans cet établissement ?

IADE : Oui

Moi : Est-ce que tu trouves que l'organisation de la chirurgie ambulatoire en général ça modifie tes pratiques ? Est-ce que cela modifie ton organisation le fait que le patient soit en ambulatoire par exemple ?

IADE : Alors mes pratiques non puisque la sécurité reste la même. Euh l'organisation oui. Et tu as certains produits qui sont déconseillés en ambulatoire par exemple le Midazolam donc tu évites de le faire.

Moi : Pour toi c'est quoi le fast-tracking ? Comment tu le définirais avec tes mots ?

IADE : (silence de quelques secondes) C'est de la réhabilitation précoce.

Moi : Et tu penses quoi de cette pratique qui est de plus en plus développée ?

IADE : Bah il y a le pour, il y a le contre. Il faut que les patients soient bien ciblés. Cela ne peut pas être n'importe quel type de patient. Il faut pouvoir je pense trouver rapidement une place d'hospitalisation pour n'importe quel patient puisque même pour les ALR il peut y avoir des accidents. Le patient peut être hospitalisé derrière. Euh. Les patients avec toutes les comorbidités tu peux avoir un infarctus sur table.

Moi : Est-ce que au sein de l'établissement il y a eu une formation mise en place quand la fast-tracking a été mis en place ici ?

IADE : Concrètement moi comme ça fait 2 ans et demi je ne peux pas te dire si ça a été fait avant en ambulatoire. Non pas vraiment. On a eu des circulaires pour ce qu'ils appellent le patient debout. On avait commencé pour l'ophtalmo car l'ophtalmo c'est vraiment des locales. Et après pour les ALR on a commencé, pour tout ce qui est bloc surtout comme les blocs supérieurs. Le patient arrive debout et il repart debout. C'est pour ça que je te disais qu'il y a contre-indication au Midazolam.

Moi : Et du coup quand tu es arrivé ici pour travailler le fast-tracking, le fait de ne pas aller en salle de réveil pour l'ALR c'était déjà mis en place ?

IADE : Non ça commençait.

Moi : Est-ce que tu sais s'il existe des recommandations pour la pratique du fast-tracking ? On vous en à parler ou ...

IADE : Hum non pas du tout

Moi : On ne vous explique pas comment sont sélectionnés les patients

IADE : Non. Moi je pensais, fin je pense que c'est comme pour l'ambulatoire

Moi : D'accord. Est-ce que tu sais quels sont les critères à respecter pour que le patiente justement il puisse bénéficier du fast-tracking ?

IADE : Non

Moi : Est-ce que tu sais si vous avez un score qui dit ce patient doit passer par la salle de réveil ou ce patient peut aller directement en chambre ? Vous avez une traçabilité, vous avez une feuille, comment ça se passe ici ?

IADE : Tu as le réveil c'est tout. En général ils ne restent même pas au réveil en fait.

Moi : D'accord. Ils passent directement de la salle de bloc ...

IADE : Ils passent de l'ambulatoire en salle de réveil où il est scopé pour faire le bloc. Et ensuite il retourne directement en salle de réveil, on imprime les feuilles de surveillance et il repart directement. Il reste que s'il y a eu un incident per opératoire.

Moi : D'accord. Vous n'avez pas de dossier particulier par rapport à ce circuit là vu que c'est un circuit ...

IADE : Non

Moi : Quand ces patients bénéficient de cette prise en charge là est-ce que ta prise en charge à toi elle est différente ? Est-ce que tu vas plus lui parler, est-ce que tu vas plus lui donner de conseils sachant qu'il n'y a pas de salle de réveil derrière ? Est-ce que tu as l'impression toi que tes prises en charges sont modifiées ?

IADE : Pour moi je ne la modifie pas vraiment mis à part les médicaments qu'on utilise pas. Non puisque c'est toujours ton rôle propre, l'anxiété du patient, discuter avec le patient. Toujours sur un temps très très court. Puis tu t'adaptes à chaque patient. Tu as des patients qui sont plus ou moins stressés, d'autres qui le sont pas du tout. Tu t'adaptes.

Moi : D'accord. Et est-ce que tu as une stratégie particulière du coup pour la douleur post opératoire et les NVPO vu qu'il n'y a pas de salle de réveil derrière ou est-ce que tu fais comme les autres ?

IADE : Pour les NVPO théoriquement comme c'est souvent des blocs t'es pas censé en avoir. Ensuite tu as des recommandations, je ne sais pas si tu en as entendu parler, c'est médecin dépendant mais c'est pas formalisé, ça commence à rentrer en compte. C'est moi j'utilise beaucoup c'est la Dexaméthasone. La Dexaméthasone ça prolonge la durée de ton bloc. Ça a un rôle pour l'analgésie post opératoire.

Moi : Et du point de vue relationnel avec le patient, est-ce que tu lui expliques qu'après il n'y a pas de salle de réveil, qu'il remonte directement dans le service ou pas forcément ?

IADE : Pas forcément puisque je pense que c'est surtout fait en amont c'est-à-dire dans le service de chirurgie ambulatoire. Et d'expérience, la plupart des patients sont ravis de ne pas passer par la salle de réveil (rire).

Moi : (rire) Cela ne m'étonne pas. Et du coup comment ça se passe après, est-ce que toi tu fais des transmissions au service ? Comment tu fais la liaison quand le patient remonte directement ?

IADE : Nous on ne fait pas vraiment de liaison puisque dans ce bloc particulièrement tout est centré en salle de réveil. Il n'y a pas vraiment un circuit. Ils rentrent en salle de réveil et ils



ressortent par la salle de réveil. C'est l'architecture et l'organisation qui fait ça donc du coup voilà.

Moi : Du coup il n'y a pas de transmissions au service pour dire il s'est passé ça, tout va bien

IADE : Sauf si évènements vraiment très particuliers, on a tout tracé sur l'ordinateur.

Moi : Est-ce que tu as une idée pourquoi cette prise en charge là elle n'est pas développée dans les autres hôpitaux ? Pourquoi ça a du mal à se mettre en place ?

IADE : Parce que je pense qu'en France on a du mal à changer nos pratiques. Et puis tout dépend aussi de la volonté politique de l'hôpital tout simplement

Moi : C'est vrai que c'est étonnant parce que c'est le devenir. Et je t'ai dit j'ai eu du mal à trouver des hôpitaux qui mettaient ça en place. Alors que c'est d'actualité, on parle de réhabilitation précoce, on parle du patient qui doit vite rentrer chez lui et finalement ça a du mal à être mis en place.

IADE : Alors ça c'est peut-être tu le trouveras plus dans les cliniques. Parce que à l'hôpital tu n'es pas fais pour faire de l'argent. En clinique tu es fais pour faire de l'argent. Tu as des cliniques où le patient arrive brancarder pour des questions pratiques parce que ça va plus vite de brancarder un patient que de l'amener debout. Ils arrivent et ils repartent directement et eux ils sont contents parce qu'ils ne perdent pas de temps. Et la clinique est ravie puisqu'ils font de l'argent, ça tourne.

Moi : Est-ce que tu aurais quelque chose à ajouter sur le sujet ?

IADE : Non pas pour l'instant mais ça a l'air intéressant

Moi : C'était tout pour moi, je te remercie.

## **Entretien IADE n°2**

Retranscription de l'entretien du 15 Mars 2018 avec un IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est une femme travaillant dans un hôpital public A.

Moi : Cela fait combien de temps que tu es diplômée IADE ?

IADE : 3 ans et demi

Moi : Tu as toujours travaillé ici ?

IADE : Euh c'est-à-dire ?

Moi : Quand tu es sortie de l'école d'IADE ?

IADE : Oui oui

Moi : Est-ce que tu trouves que pour toi l'organisation de la chirurgie ambulatoire en général cela modifie tes pratiques ? Et ton organisation ?

IADE : Ah de savoir qu'un patient est en ambu ?

Moi : Oui c'est ça

IADE : Oui je vais prendre des drogues d'action courte et euh .. Je vais prioriser le plus possible les réveils sur table pour que le réveil en salle de réveil soit je veux dire, pas le plus court mais, qu'il soit le plus rapidement apte à sortir du réveil. Et après là-bas c'est juste l'aptitude à la déambulation qu'on mettra en avant.

Moi : D'accord. Est-ce que tu pourrais me définir le fast-tracking ? Pour toi c'est quoi ? Ça te parle ?

IADE : Euh. Alors moi j'ai entendu ce truc là que quand j'ai lu ton courrier que tu as envoyé à la cadre. Mais je ne connais pas.

Moi : Tu ne connaissais pas avant ?

IADE : Non je l'ai appris là quand j'ai lu ce courrier que tu as envoyé à la cadre

Moi : D'accord ok super. Du coup quand tu as lu mon courrier, tu as vu un peu à quoi cela correspondait. C'est en fait le patient qui bénéficie d'une ALR qui ne passe pas par la salle de réveil derrière, qui retourne directement dans le service de chirurgie.

IADÉ : Oui

Moi : Tu en penses quoi toi de cette pratique ? Tu penses que c'est bien ? Tu penses qu'il faut la développer ?

IADÉ : Après c'est vrai que si les infirmières sont sensibilisées à tous les risques par rapport aux ALR. Puisque les ALR, ce qu'il faut savoir c'est que pour un service de chirurgie c'est, je dirais pas c'est l'inconnu, mais tous les risques dans l'immédiat, dans l'heure, elles ne les connaissent pas. Donc je ne suis pas certaine que cela soit adapté. Donc sous réserve de formation des infirmières du service.

Moi : Et tu sais si vous les IADÉ vous avez eu une formation pour cette prise en charge en fast-tracking ?

IADÉ : Fast-tracking. Euh non. Non non.

Moi : Pas de formation particulière, de procédure ou de protocole ?

IADÉ : Ah si y a un truc qui vient d'être introduit tout doucement c'est le patient debout. Ce n'est pas du fast-tracking ça (rire). Y a quand même de l'ambulatoire.

Moi : Du coup tu sais s'il existe des recommandations pour la pratique du fast-tracking ? Est-ce qu'il y a des critères particuliers pour sélectionner les patients ou pas ?

IADÉ : Non je ne connais pas du tout

Moi : Du coup tu ne sais pas s'il y a une traçabilité à remplir quand le patient ne passe pas par la salle de réveil ? Vous n'avez pas une feuille particulière à remplir ?

IADÉ : A remplir nous ? Non je ne connais pas. Comme c'est tout nouveau ... Je pense que oui comme on a une check list de sortie, pas une check list mais des critères de sortie en salle de réveil. Je pense que vu que c'est une sortie de patient, il doit y avoir des critères de sortie pour que cela puisse être validé.

Moi : Tu as déjà pris en charge des patients bénéficiant du fast-tracking ? Le patient sous ALR qui n'est pas passé par la salle de réveil

IADE : On ne fait pas ici

Moi : Ton collègue m'a dit que si ..

IADE : Qui n'est pas passé par la salle de réveil ?!

Moi : Le patient qui bénéficie d'une anesthésie locorégionale qui ne passe pas par la salle de réveil

IADE : Si en fait il passe par la salle de réveil. De toute façon c'est le réveil qui gère. Il y a un dossier qui est ouvert au réveil hein.

Moi : D'accord et du coup il reste quoi 3 secondes ?

IADE : Alors tout dépend du type d'anesthésie locorégionale. Euh c'est-à-dire si jamais c'est au niveau du membre supérieur. Euh à partir de l'heure où on a fait la locorégionale. Et ben dans l'heure, l'intervention s'est finie et ça fait au moins deux heures que voilà l'intervention s'est faite et tout ça. Il peut partir directement. Mais il y a quand même un dossier ouvert en salle de réveil. Une prise en charge par les infirmières de salle de réveil et c'est elles qui font les critères de sortie. Peut être que c'est ça qu'il veut te dire.

Moi : Ok je vois. Et du coup toi quand tu as ces patients-là, est ce que tu as une prise en charge particulière ? Est-ce que tu vas être plus attentive avec eux ? Est-ce que tu vas leur donner plus de conseils vu qu'il va y avoir moins de salle de réveil ?

IADE : Oui par contre on leur donne tous les conseils. Tout ce qui est en lien par rapport aux inconvénients de l'ALR qu'ils viennent d'avoir. Du coup c'est important de les informer de l'anesthésie qu'ils ont eu et des conséquences de l'anesthésie.

Moi : D'accord. Est-ce que du coup tu as une stratégie particulière pour la douleur post-opératoire et les NVPO ?

IADE : NVPO il n'y a pas de. Si c'est des ALR généralement c'est pour des patients qui ont des ALR on n'a pas de NVPO à faire. Après tous les autres types de patients qui ont eu une AG alors que c'est de l'ambu. Ça oui on a les NVPO mais ils passent de toute façon en salle de réveil donc ce n'est pas nous qui checkons. Voilà. Après on va les informer par rapport à tous les risques, tout ce qui est lien pas rapport aux complications. Pas les complications, les conséquences qu'ils peuvent avoir par rapport à l'ALR et la gestion de la douleur.

Moi : Est-ce que du coup tu as l'habitude de faire des transmissions avec le service quand c'est comme ça ? Est-ce que vous avez un contact avec la chirurgie ambulatoire ?

IADE : Non non

Moi : D'accord. Ok bah de mon côté c'était tout, est-ce que tu as des choses à ajouter sur le sujet ?

IADE : Non je n'ai rien à ajouter

Moi : Ça marche bah je te remercie

IADE : De rien

### **Entretien IADE n°3**

Retranscription de l'entretien du 15 Mars 2018 avec une IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est une femme travaillant dans un hôpital public A.

Moi : Depuis combien de temps es-tu IADE ?

IADE : 8 ans

Moi : Tu as toujours travaillé ici ou tu as fait d'autres établissements avant ?

IADE : J'ai toujours travaillé ici, puis je fais des ménages comme beaucoup de gens

Moi : Est-ce que quand tu es arrivé ici le fast-tracking était déjà mis en place ?

IADE : Non

Moi : Tu sais depuis combien de temps à peu près ?

IADE : En fait nous c'est un passage quand même par la salle de réveil, avec ce qu'on appelle le patient debout. Le patient arrive debout du service d'ambulatoire, il est assis sur un fauteuil, on lui pose une voie veineuse obturée. S'il y a besoin d'une ALR effectivement, on l'allonge sur la table d'opération, on lui fait l'ALR, il passe en salle et puis il ressort il repasse sur le fauteuil. Donc il passe quand même géographiquement par la salle de réveil mais il n'y a pas de surveillance en fait. Fin il y a une surveillance pendant l'ALR, en général sur des petits gestes les anesthésistes ils utilisent souvent de la Carbocaïne donc euh en fait qui n'a pas besoin d'une surveillance très longue. Au bout d'une demie heure, il n'y a plus de risque de passage systémique donc voilà ils ressortent sauf si on a eu besoin de les sédaté.

Moi : D'accord ok. Est-ce que tu trouves que ton organisation à toi en tant qu'IADE elle est changée quand tu prends en charge ce type de patient ?

IADE : (silence)

Moi : Est-ce que tu vas modifier quelque chose dans ta prise en charge ? Ou finalement ça ne change pas grand-chose pour toi ?

IADE : Bah ma prise en charge personnelle non elle ne change pas trop. C'est plus en fait l'organisation qui a été mise en place maintenant ça va faire deux ans je crois. Où effectivement quand il y a nécessité d'une sédation ou au final le bloc il marche pas bien, donc on est obligé d'endormir, ça met un petit peu le bazar. Parce que du coup le patient n'a pas de lit. Donc voilà

Moi : Oui c'est plus organisationnel.

IADE : Organisationnel oui. Moi j'étais à l'origine de ce projet du patient debout au départ. Sauf que voilà moi je m'étais un petit peu rencardée avec une autre collègue sur des congrès comment ça se faisait ailleurs. Je l'avais exposé au cadre qui est parti maintenant il y a un peu plus d'un an. J'avais fait un power point et je lui ai dit voilà il faut faire des réunions de service avec l'UCA, les chirurgiens, les anesthésistes. Puis gérer effectivement une salle puisque tu as des établissements où il y a une salle complètement à part où le patient il ne passe effectivement pas par la salle de réveil, il est dans la salle d'attente, on lui pose sa voie veineuse, on fait la check-list voilà. On le rentre en salle il repasse par cette salle et il ressort. Il voit pas parce que ces patients là ils ne rentrent pas comme tous les autres patients, ils ont tous les patients qui sont ou encore intubés, ou qu'on extube, que ça crache, que ça vomit que fin voilà, les enfants qui braillent. Fin voilà comme c'est une grande salle de réveil il n'y a pas d'endroit dédié.

Moi : D'accord

IADE : Alors au départ on l'avait mis en place pour l'ophtalmo. Quand la cadre a voulu le mettre en place, il n'y a pas eu vraiment concertation de tout le monde. Donc on a eu beaucoup de papy mamie qui étaient encore sédatés, qui avaient eu une prémédication avant la cataracte. Voilà. Et des fois, moi j'ai eu cette semaine un patient en ophtalmo, je lui dis ça va aller pour marcher, il me dit oui c'est pas trop loin, pour moi c'est pas loin la salle, pour lui c'était le bout du monde quoi. Sinon ma prise en charge non on s'est adapté, ça a un côté effectivement plus sympa parce qu'on est debout avec eux, on discute et cætera. Sauf qu'en orthopédie, bon bah oui ils sont debout jusqu'à l'arrivée là mais après ils repartent en table puisqu'on leur fait l'ALR couché, donc on va pas les remettre debout, leur faire tenir le bras, voilà ça ferait trop de manipulations.

Moi : Comment tu définirais toi le fast-tracking avec tes propres mots ?

IADE : Avec mes propres mots ? Euh (soupir). Je pense que c'est un confort pour le patient. Bien organisé je pense que c'est aussi un confort pour le personnel parce que ... Mais ici c'est

pas le bon exemple (rire). Je trouve que c'est pas ... Cela ne demande qu'à être amélioré quoi. Maintenant tous les projets ont été laissés un peu en stand-by parce qu'on a plus d'encadrement, et puis qu'il y a suffisamment à faire, et qu'on est en manque de personnel comme dans plein d'endroit. Mais sinon effectivement ça peut être quelque chose de ... Voilà.

Moi : Et du coup il n'y a pas eu de formation pour le fast-tracking quand cela s'est mis en place ?

IADE : Non il y a eu une espèce de note de service puis ça nous a été un peu imposé comme ça. Enfin moi je me suis désengagée du système parce que ça ne me plaisait pas comme c'était fait. J'étais pas en conflit, mais je n'étais pas d'accord avec la cadre de l'époque en lui disant voilà tu nous as demandé de faire un travail par rapport aux informations bah voilà. Après les gens qui l'ont mis en place, il y a des gens qui l'ont mis en place depuis 4, 5, 6 ans, c'est rôdé. Mais avant il y a eu des réunions, on a fait des modifications, on a fait des travaux enfin voilà. Et puis après ils font aussi des bilans auprès du patient, comment ils le ressentent. Alors il y avait un exemple, j'ai plus le nom de l'établissement, mais qui fait beaucoup de cancéro où en fait ils avaient un retour super positif parce que... Bon la cancéro elle touche toute la population, mais en particulier chez les femmes jeunes etc, mais c'est déjà compliqué de gérer dans sa vie un cancer, quand en plus tu y arrives (enfin si tu as déjà été hospitalisé). Tu arrives au bloc opératoire que t'es tout nu sous ton drap avec les néons dans les yeux, sur le brancard etc, que tu as perdu tes cheveux (bon c'est de moins en moins mais ça existe encore). Là tu as la possibilité effectivement d'être debout de pouvoir garder tes cheveux, fin voilà, donc c'est aussi une image du patient. Enfin le patient qui est plus acteur de son soin et qui est beaucoup moins, enfin quand les installe, qu'on les emmène dans un lit, je pense qu'on est réduit, enfin psychologiquement pour eux c'est dur, et quand en plus il y a cette maladie. Bon quand tu viens te faire opérer des varices voilà c'est bien mais euh c'est pas très grave. Quand tu viens pour une ablation d'un nodule du sein et puis qu'il y a la chimio, la radiothérapie derrière etc etc ... T'es pas dans la même optique, dans la même disposition etc.

Moi : Est-ce que tu sais s'il y a des recommandations, des critères à respecter pour que justement le patient puisse bénéficier de ce circuit-là ?

IADE : Oui oui

Moi : Et il y a un score qui regroupe tous ces critères ici ?



IADE : Non

Moi : D'accord. Du coup est-ce que quand le patient ne va pas dans la salle de réveil derrière est-ce que toi tu as une attitude un peu plus éducative auprès du patient, le fait qu'il n'y ait pas cette surveillance en salle de réveil derrière ? Est-ce que tu as l'impression que du coup tu donnes plus de conseils au patient ?

IADE : Ouais je ne m'en rends pas trop compte parce que c'est beaucoup pour l'ophtalmo en fait. C'est les chirurgiens ophtalmo qui donnent leurs consignes, donc le lendemain ils ont rendez-vous à 9h pour vérifier l'œil etc. Non après moi, je ne donne pas, enfin en ophtalmo je leur donne pas beaucoup de conseils, ou voilà s'ils me disent qui ont faim, bah je sais pas là vous allez pouvoir manger etc. Souvent c'est des patients bah ils ont deux yeux donc tu les vois une semaine quinze jours après tu les vois pour l'autre œil.

Moi : Et en orthopédie pour les patients bénéficiant d'une ALR est-ce que tu as l'impression que ta prise en charge elle change ? Par exemple pour la douleur post-opératoire ? Est-ce que le fait qu'il n'y ait pas une grosse surveillance en salle de réveil derrière et qu'ils retournent dans le service rapidement, toi tu es plus attentive à la prise en charge des douleurs, des nausées/vomissements s'il y en a ? Est-ce que tu as l'impression toi que la mise en place du fast-tracking ça change quelque chose pour toi pour ces patients ?

IADE : Très honnêtement non. J'ai pas vu de changement. Après ce que je reproche c'est que nous on a pas toujours le retour. Justement il n'y a pas eu ni cette réunion en amont ni maintenant que c'est mis en place, on a pas le retour. Parce que bah oui il manque toujours cette histoire d'encadrement qui pourrait faire le lien. On a eu des fois des remontées négatives sur par exemple des patients d'ambulatoire à qui on faisait des rachianesthésie et puis qui est un peu trop plombé, du coup ça retardait la sortie etc. Ca c'est améliorer, maintenant les anesthésistes mettent des plus petites doses, puis il y a eu l'arrivée du Cloroteka, du Baritekal etc. Mais on manque cruellement, même pour la chirurgie programmée standard, on a pas toujours les infos du staff en amont, on a pas toujours, si on demande pas nous, des nouvelles. Puis des fois on demande des nouvelles et puis on les a pas toujours quoi. Euh voilà

Moi : Et au niveau des transmissions, comment ça se passe du coup ? Vous faites les transmissions à la salle de réveil ?

IADÉ : A la salle de réveil. En fait on sort le patient salle, alors donc pour l'orthopédie souvent sur sa table. Alors pour l'orthopédie on le sort sur la table, on arrive au réveil, on dit c'est bon le Monsieur / la dame peut repartir dans le service. Souvent même en amont on a imprimé, comme on est informatisé, on a imprimé la feuille de surveillance per op, depuis notre poste en salle. Et puis leur imprimante elle fait une petite musique quand elle a imprimé, donc en général ils vont voir ce qu'il y a, puis ils agrafent les feuilles de surveillance. Puis je dis bon bah tiens c'est Monsieur Martin qui sort, on lui a enlevé sa broche de poignet, c'est bon il peut repartir dans le service. Ils tendent les feuilles, tu mets dans le dossier puis après c'est l'aide-soignant, l'infirmier qui remet rhabille, enfin qui remet la chemise en haut parce que souvent comme il a fallu le scoper, lui enlever sa chemise pour faire le bloc. Euh voilà. Et pour l'ophtalmo on passe pas du tout par la salle de réveil, on passe par ce couloir-là, on installe le patient sur le banc qui est juste en face de la régulation, on va chercher les feuilles, et puis c'est un brancardier qui prend le relai. Mais là du coup on a pas de transmissions.

Moi : Ok. Et du coup, qui fait les transmissions au service ? C'est les filles de salle de réveil ?

IADÉ : En fait quand il y a des transmissions en ophtalmo ça veut dire qu'on a injecté ou un antihypertenseur ou on a été obligé de sédaté un peu le patient et du coup ça devient plus un patient debout, il reste allongé, il est surveillé, voilà. Du coup les transmissions on les fait aux infirmières du réveil. Mais là non. Quand on court-circuite la salle de réveil, il n'y a pas de transmissions particulières. Les transmissions ont été faites au patient, sur son pansement, sur son rendez-vous le lendemain mais nous au niveau de l'anesthésie on ne fait rien. Si on a rien fait, on fait rien. C'est des topiques et on ne sédate pas. Il y a des endroits où on sédate les patients d'ophtalmo, nous on ne les sédate pas du tout. Sauf si demande du chir, sauf si le patient est très angoissé. Voilà, même des fois dans les cas extrêmes on est obligé de les endormir, dans les cas de grand stress, des cas psychiatriques ou des patients déments, fin là on est obligé de les endormir.

Moi : D'accord. Bah de mon côté c'était tout. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter sur le sujet ?

IADÉ : Hum non. Enfin non. Tes questions étaient complètes. Euh maintenant voilà c'est un procédé qui est plutôt bienvenu pour le patient, enfin pour tout le monde en fait. Mais pour qu'il soit bien rôdé, il faut que ça soit encadré, il faut qu'il y ait des réunions. Ce que je reprocherais à ce genre de projet, c'est que sous-couvert d'être bien pour les patients et tout ça, en fait c'est

toujours pour des raisons économiques. Et n'est pas un patient en fast-tracking, tous les patients. Et de temps en temps, oui oui mais bon ça va plus vite, alors il y a plein d'arguments. Je peux te le ressortir mon power-point si tu veux (rire). Oui il y a des arguments pour le personnel, les brancardiers se font moins mal, il y a moins de lombalgies, de machin tout ça. On gagne du temps etc etc. On perfuse plus les patients, enfin on leur met un cathlon mais plus de perf donc c'est aussi une économie. Mais c'est toujours économie économie économie. Mais bon on a des arguments quand même autres. C'est plutôt bien, je pense que les patients de manière générale ils l'apprécient bien. Ici on a une population de patients, je ne sais pas de quel établissement tu viens, mais ici on a beaucoup de patients étrangers, qui ne parlent pas nécessairement le français. On a des patients qui sont dans un grand état de précarité donc eux je ne sais pas s'ils en voient le bénéfice toujours. On leur dit mettez-vous sur le siège voilà. Ils ne sont pas toujours euh ...

Moi : Oui pour eux c'est peut-être normal d'être pris en charge comme ça

IADE : Oui oui. Mais bon le point de départ de ce genre de projet il est d'abord économique, toujours économique puisqu'on est là pour faire du chiffre, on a toujours pas compris qu'on s'occupait de l'humain.

#### **Entretien IADE n°4**

Retranscription de l'entretien du 15 Mars 2018 avec un IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est un homme travaillant dans un hôpital public A.

Moi : Ça fait combien de temps que tu es diplômé IADE ?

IADE : Euh moins de dix ans

Moi : Tu as toujours travaillé ici ?

IADE : Oui

Moi : Est-ce que tu trouves que pour ton organisation à toi, le fait que le patient soit en chirurgie ambulatoire ça modifie tes pratiques et ta prise en charge par rapport à un patient qui est en chirurgie standard ?

IADE : Hum non

Moi : Pour toi c'est la même prise en charge ?

IADE : Oui

Moi : Est-ce que tu sais ce que c'est le fast-tracking ? Comment tu définirais le fast-tracking toi ?

IADE : Non je ne sais pas

Moi : Alors le fast-tracking c'est le fait que le patient ne passe pas par la salle de réveil après l'intervention, il bénéficie d'une ALR, donc apparemment vous ici il passe physiquement par la salle de réveil quand même mais il retourne directement dans le service, sans surveillance standard. C'est ce que tes collègues m'ont dit

IADE : Oui mais ça dépend de quel type d'opération. Par exemple, en ambulatoire l'ophtalmo, on a presque rien fait, ils ont eu une anesthésie locale pure, ils passent par le couloir et vont directement sans passer au milieu par la salle de réveil. Ceux qui ont eu une ALR, normalement il faut une petite surveillance parfois parce qu'il y a des risques de redistribution même plus

tard, il y a certains risques donc ils sont un peu surveillés. Mais après ils s'en vont. Le séjour en SSPI n'est pas long.

Moi : Et donc qu'est ce que tu penses toi de cette pratique ? Le fait de limiter le séjour en salle de réveil pour les patients qui ont eu une ALR ou même de rester, parce qu'apparemment ici il y a certains patients qui n'y restent même pas.

IADE : Toute est fonction comme j'ai dit de la durée de l'ALR. Par exemple un bloc qui a plus d'une heure, normalement les risques sont minimisés. Les risques sont dans les 15-20 premières minutes. Et si le bloc a plus d'une heure normalement c'est bon. Oui c'est très bon déjà pour le patient pour éviter l'effet anxiogène de la salle de réveil déjà, c'est très bon pour le patient. Et en plus c'est aussi bon pour le patient, il peut rentrer chez lui le plus rapidement possible. Il peut manger aussi le plus rapidement possible, c'est l'avantage de l'ALR. Ca réduit aussi beaucoup le risque de certaines maladies, par exemple rester assis tu peux avoir des risques thromboemboliques, tu peux avoir des trucs anxiogènes. Voilà, il se lève, il marche, il mange, il rentre chez lui. C'est très très bon.

Moi : Est-ce que tu sais s'il existe des recommandations pour cette mise en place du fast-tracking ? Est-ce qu'il y a des critères à respecter pour que le patient en bénéficie ?

IADE : Si, il y a des critères à respecter. Il y a d'abord des critères ASA, ASA du patient. En règle générale, cela se fait chez des patients... Déjà l'ambulatoire, il y a déjà des critères pour être en ambulatoire, il faut pouvoir comprendre le français, il faut pouvoir habiter non loin d'une structure pour pouvoir revenir dans la demie heure en cas de problème. Donc si, il y a des critères, il faut des critères oui.

Moi : Est-ce que tu sais si ici vous avez un score particulier qui regroupe tous ces critères ou pas ?

IADE : Euh oui il y a un score mais il est en SSPI. Parce que c'est la SSPI qui se ... Nous on la en salle, on le transmet en SSPI, la SSPI le prépare et il valide la sortie. Parce qu'il faut valider la sortie du patient avant de partir en ambu. Et c'est les infirmières du bloc qui valident et elles ont leur score, c'est l'Aldrète, un truc comme ça. Ils valident et puis ils impriment et ils font partir le patient. Ce n'est pas nous qui faisons partir le patient. On le confie en SSPI et la SSPI le fait partir.

Moi : Ok. Est-ce que toi tu as une prise en charge différente avec le patient, au niveau relationnel quand il n'y a pas de salle de réveil derrière ? Est-ce que tu as l'impression que tu es plus préventif avec le patient, que tu lui donnes plus de conseils ?

IADE : Bah oui. Oui surement oui. Je ne délègue rien. Quand je sais que je vais déléguer, je parle moins car je sais que c'est mon collègue qui va s'en occuper. Par exemple je prends le cas de l'ophtalmo, en ophtalmo c'est vraiment local, bon il peut arriver ... Il y a deux cas surtout en ophtalmo, c'est des personnes âgées qui ont des multi pathologies, donc s'il arrive avec des tensions élevées, par exemple il a eu le Loxen là je l'emmène en SSPI, on le surveille un peu une demie heure pour voir son rythme tensionnel et puis il rentre chez lui. Mais s'il n'a rien eu de particulier, lui je suis un peu plus attentif, bon faites attention quand vous vous asseyez, quand vous vous relevez pour éviter les variations du rythme de tension. Je prends par la main. En plus ils sont parfois monophthalme, ils ne voient pas de l'autre œil (rires). Donc gentiment tu la fais assoir, tu imprimes la feuille et tu appelles le garçon, le brancardier qui l'emmène. Donc oui beaucoup plus attention.

Moi : Et ici est-ce que tu sais si vous avez eu une formation particulière, une procédure, un protocole pour cette prise en charge des patients qui ne passent pas par la salle de réveil ?

IADE : Non il n'existe pas de protocole. Euh. Qu'est ce que je pourrais dire. Peut être que c'est moi qui ne sait pas. Mais en général la prise en charge du patient en ambu est protocolée déjà. On sait que c'est un patient qui doit être comme ça, qui sait bien parler français, qui peut répondre aux questions, qui comprend ce qu'on lui dit et voilà qui peut être accompagné, qui a peut-être un interprète, qui n'habite pas très loin de la structure. Donc voilà oui c'est protocolé. Oui je dirais oui oui.

Moi : Et du coup est-ce que tu as l'habitude faire des transmissions au service quand c'est comme ça, quand ils ne passent pas par la salle de réveil ou pas du tout ?

IADE : Pas du tout

Moi : Non ? Il n'y a pas ce lien entre vous et le service ?

IADE : Bon par exemple, la sortie du patient c'est par la SSPI. Il n'y a pas de lien. Il existe un lien, le lien informatisé. Une fois que je me suis occupé du patient en salle, tout ce que j'ai fais est noté, et après j'imprime la feuille avec les .. S'il y a des prescriptions post op.

(Entretien interrompu par la venue d'un autre IADE dans le bureau)

Tout ce qu'on fait est informatisé, donc tout ce que j'ai fait je tape, et au moment de la sortie du patient j'imprime la feuille, et s'il y a une prescription post op, s'il y a quelque chose, il part, le brancardier s'en va avec. Donc la fille là-bas n'a qu'à lire. Donc il y a une transmission écrite mais elle n'est pas verbale. Elle n'est pas physique. Elle reprend la feuille, son post-op, elle sait s'il y a des choses à faire, ça elle le sait.

Moi : Ok, de mon côté c'était tout. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?

IADE : Non

Moi : Merci beaucoup

## **Entretien IADE n°5**

Retranscription de l'entretien du 11 Avril 2018 avec un IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est une femme travaillant dans un hôpital public B.

Moi : Cela fait combien de temps que tu es diplômée IADE ?

IADE : Depuis 2002.

Moi : Est-ce que tu trouves que l'organisation de la chirurgie ambulatoire a un impact sur tes pratiques professionnelles ?

IADE : Non.

Moi : Il n'y a rien qui change dans tes pratiques ?

IADE : Non cela ne change pas mes pratiques.

Moi : Comment tu définirais toi le fast-tracking avec tes propres mots ?

IADE : Retour rapide en salle.

Moi : Tu penses quoi de cette pratique ?

IADE : Oui c'est un court-circuit en fait, oui pour moi c'est plausible

Moi : Tu trouves que c'est avantageux pour le personnel ? Pour le patient ? Pour les deux ?

IADE : D'abord, pour le patient et pour la salle de réveil oui ça désengorge.

Moi : D'accord. Est-ce qu'ici vous avez bénéficié d'une formation quand le fast-tracking est arrivé ?

IADE : Non

Moi : On vous a donné quoi un protocole ? Une procédure ?

IADE : Oui voilà. Il y avait une fiche avec des critères de fast-tracking, et si le patient répondait à tous les critères, il était fast-tracké.



Moi : D'accord. Est-ce que tu sais s'il existe des recommandations par rapport au fast-tracking ?

IADE : Je ne sais pas là tout de suite, mais je pense que j'ai su oui. C'était les mêmes recommandations pour la SSPI en fait.

Moi : D'accord. Et du coup tu dis qu'ici vous avez une feuille qui regroupe tous ces critères ?

IADE : Ouais.

Moi : D'accord. Il a un nom particulier ce score ?

IADE : Circuit fast-tracking, c'est ça. (L'IADE me donne un papier avec le score en question)

Moi : D'accord. Super merci. Et du coup quand le patient il est en fast-tracking est-ce que toi tu as une attitude différente avec lui ? Est-ce que tu vas lui donner plus de conseils sachant qu'il n'y a pas de salle de réveil derrière ?

IADE : Euh pas forcément. Parce qu'en fait généralement, ce qu'on fast-track c'est les ALR pure, sans anesthésie IV. Et puis donc voilà. Non pas plus, de toute manière le médecin il a déjà donné des recommandations, puis il fait une feuille de prescription post-op de toute manière.

Moi : Du coup au niveau de ta prise en charge à toi cela ne change rien ?

IADE : Moi je ne trouve pas. Sauf si je trouve que le patient est limite mais sinon non.

Moi : Du coup à part cette feuille est-ce qu'il y a une procédure, un protocole écrit ?

IADE : Non.

Moi : D'accord il y a que cette feuille qui sert de traçabilité ? Cette feuille, vous la mettez dans le dossier du patient ?

IADE : Oui bien sûr. Elle est remplie, elle est signée et datée et voilà.

Moi : D'accord. Du coup une fois que le patient quitte la salle d'intervention, il va directement en ambulatoire ?

IADE : Oui, il va à l'accueil et de l'accueil on appelle les brancardiers.

Moi : Et au niveau des transmissions ça se passe comment ? Est-ce que vous faites des transmissions à l'ambulatoire ?

IADE : C'est la feuille d'anesthésie en fait, où la transmission en fait c'est les antalgiques qu'il a reçu qui sont notés.

Moi : Il n'y a pas de contact entre l'IADE et le service d'ambulatoire ?

IADE : Non il n'y a pas de contact. Si on a quelque chose à dire, on le dit au patient directement qui transmet là-haut.

Moi : Bah c'était tout pour moi. As-tu quelque chose à ajouter ?

IADE : Non

Moi : Merci beaucoup

## **Entretien IADE n°6**

Retranscription de l'entretien du 11 Avril 2018 avec un IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est une femme travaillant dans un hôpital public B.

Moi : Depuis quand tu es diplômée IADE ?

IADE : 2011

Moi : D'accord. Est-ce que tu trouves que ton organisation à toi elle est changée quand le patient est en chirurgie ambulatoire ?

IADE : Euh non dans la préparation non. Dans ce qu'on utilise parce qu'on ne peut pas utiliser de Midazolam par exemple. Mais dans les médicaments qu'on va utiliser, mais pas dans la préparation.

Moi : Comment tu définirais toi le fast-tracking avec tes propres mots ?

IADE : (long silence). Economiser le temps qu'on passe en salle de réveil, donc retourner directement dans sa chambre, voir plus rapidement ses proches. Et passer moins de temps à l'hôpital.

Moi : Et tu penses quoi toi de cette pratique ?

IADE : Bah qu'elle est très bien. Quand c'est bien verrouillé, c'est un gain de temps pour le patient, c'est un meilleur vécu de l'anesthésie et de la chirurgie pour le patient. Et c'est un retour plus rapide chez lui.

Moi : Est-ce que tu penses qu'il y a des éléments qu'on pourrait améliorer pour cette pratique ?

IADE : D'instinct je te dirais oui, néanmoins je ne sais pas comment ça se passe après. J'ai l'impression qu'il y a un manque de communication autour du bien de cette pratique. Je n'ai pas l'impression que les patients se rendent compte que c'est pour eux et que c'est un mieux être pour eux. Ils ont plus l'impression que bon bah c'est un truc qu'on leur propose de rentrer à la maison. Il n'y a pas la plus-value. Je n'ai pas l'impression que les patients ressentent la plus-value. Mais je te dis ça c'est d'instinct, je ne sais pas ce qui se passe derrière. A notre

niveau, je trouve que c'est bien. Du moins, ce n'est pas qu'on est trop fort, mais je ne vois pas ce qu'on peut faire de plus. Je veux dire qu'on fait en sorte de mettre des médicaments pour qu'ils puissent sortir le plus rapidement possible, d'être mieux, l'aptitude à la rue et compagnie. Mais j'ai l'impression que c'est sur l'après que peut être en amont, la consultation d'anesthésie, qu'on devrait leur expliquer vraiment que c'est une plus-value pour eux.

Moi : D'accord. Peut être sur l'information, appuyer un petit peu plus. Du coup est-ce que tu sais s'il existe des recommandations pour cette pratique du fast-tracking ou pas ?

IADE : Euh je sais pas lesquelles c'est, je ne veux pas te dire de bêtises.

Moi : Du coup pour les critères à respecter ?

IADE : On a cette feuille là qui est remplie en salle pour chaque patient, du moins quand on les a.

Moi : Est-ce que quand un patient bénéficie du fast-tracking ta prise en charge elle est différente ? Est-ce que tu vas lui donner plus de conseils, avoir une attitude plus éducative qu'un patient qui va bénéficier de la salle de réveil derrière ?

IADE : Oui dans le sens où la prise d'antalgique. Je leur dis bien qu'il faut prendre les antalgiques dans les 24 voire les 48 premières heures. Les prendre en systématique pour pas que la douleur arrive.

Moi : D'accord

IADE : C'est plus dans ce sens-là. Par contre tout le côté s'il y a un problème appeler le chir, ça par contre je ne le fais pas. Je me dis que c'est fait par les filles d'ambulatoire. J'insiste vraiment sur la douleur.

Moi : Et du coup comment ça se passe, le patient il va directement en service d'ambulatoire après. Est-ce qu'il y a des transmissions avec le service ou pas du tout ?

IADE : Non pas de transmission. Il y a une feuille de prescription qui est faite.

Moi : Bah c'était tout pour moi, merci. Est-ce que tu as des choses à ajouter sur le sujet ?

IADE : Bah non. C'est un sujet intéressant. Ça serait intéressant de voir comment s'est développé dans les grandes structures, comme dans les services de cancérologie. Dans le

ressenti que j'ai des patients, parce que moi je ne connais pas, tu as l'impression qu'il y a beaucoup plus d'humanisation. Ca arrive enfin.

## **Entretien IADE n°7**

Retranscription de l'entretien du 11 Avril 2018 avec un IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est une femme travaillant dans un hôpital public B.

Moi : Depuis quand tu es diplômée IADE ?

IADE : Depuis 2006

Moi : Est-ce que tu trouves que ton organisation elle est modifiée quand un patient est en chirurgie ambulatoire comparé à quelqu'un qui est en hospitalisation standard ?

IADE : Non ça ne change rien

Moi : Comment tu définirais le fast-tracking toi avec tes propres mots ?

IADE : Euh. Ça concerne déjà des patients qui sont en ambulatoire, qui ne nécessite pas d'anesthésie générale. Quoique ça peut être une anesthésie générale. Attends-je réfléchis. Euh les fast-tracking qui ne nécessitent pas une anesthésie générale c'est une anesthésie locorégionale. Oui le fast-tracking c'est que des anesthésies locorégionales.

Moi : Tu penses quoi de cette pratique toi ? Pour les patients ? Le personnel ?

IADE : Pour les patients c'est bien, ça leur évite de passer au réveil. Avant de faire le fast-tracking on les gardait une demie heure, une heure. Et il arrive parfois que l'anesthésiste ne soit pas disponible donc ils restaient plus longtemps. Ce qui nous a perturbé au départ c'est que, par exemple sur l'orthopédie, lorsqu'ils font leurs blocs ALR, auparavant on attendait que le patient commence à bouger, le retour du bloc moteur. Et là on considère qu'à une heure, après une heure d'intervention de bloc ALR, même si le patient ne retrouve pas sa motricité, il peut remonter en salle. Ça ça nous a perturbé au départ. Puisque tu sais tu as toujours des risques de troubles de médicaments, de passages intravasculaires qui entraînent des troubles neurologiques, des troubles d'hypertension et autre. Donc ça nous a perturbé un peu au début et maintenant on s'y est fait.

Moi : Est-ce que vous avez eu une formation quand le fast-tracking s'est mis en place ?

IADE : Non.

Moi : Pas de procédure écrite ou de protocoles ? Comment on vous a présenter la chose ?

IADÉ : Alors au départ, comme je le disais il fallait garder le patient une heure. Ensuite, on est passé à une demie heure, enfin c'est anesthésiste dépendant. Des anesthésistes qui considèrent que dès l'instant où le bloc a été fait il y a une demie heure et que c'est sur des petites chirurgies qui durent dix minutes, ils considèrent qu'on peut les faire remonter en salle. D'autres vont attendre une heure. C'est aussi patient dépendant. Mais à la base c'était une heure.

Moi : Du coup vous remplissez cette feuille avec les critères de fast-tracking à chaque fois ?

IADÉ : C'est ça. Il faut que tous les items entourés correspondent à la colonne « OUI » pour qu'on puisse faire le fast-tracking. Sachant qu'il y a la signature de l'anesthésiste et du chirurgien.

Moi : Est-ce qu'au niveau de ton comportement avec le patient tu es plus éducative ? Tu vas lui donner plus de conseils sachant qu'il n'y a pas de salle de réveil derrière ? Est-ce que tu as l'impression que tu es différente avec lui ?

IADÉ : Non les seules instructions que tu lui donnes c'est qu'il va retrouver son membre au bout des deux heures, enfin cela dépend de la durée de la chirurgie. Mais en règle générale c'est deux ou trois heures. Donc ça s'est indiqué par l'anesthésiste, on le lui rappelle. Et sinon au niveau des effets secondaires normalement ils sont donnés par l'anesthésiste, et encore c'est même pas sur. C'est dans les textes, mais j'ai jamais entendu l'anesthésiste le dire. Alors bien entendu on lui demande si ça va bien, donc on sait si y a des petits signes qui sont bizarres, qui sont en rapport avec une toxicité, on se met la puce à l'oreille. On ne dit pas au patient « si vous avez un goût métallique dans la bouche, si vous avez ceci, si le cœur bat un peu plus vite, précisez le ». Non ca j'ai jamais vu faire.

Moi : Et au niveau de la prise en charge de la douleur est-ce que tu penses que c'est différent ?

IADÉ : Alors il arrive que le bloc ne fonctionne pas, donc on fait un versus AG ou un complément. Alors soit le chirurgien fait un complément avec de la Lidocaïne, ou sinon bah la tout à l'heure tu vois j'ai eu une patiente j'ai fais du Rémi.

Moi : D'accord, ok. Et du coup là elle est passée par la salle de réveil ?

IADÉ : Alors elle est passée par la salle de réveil parce qu'elle se sentait un petit peu flagada. Mais en règle générale, le Rémi, comme c'est du on/off, on peut faire du fast-tracking avec.

Moi : D'accord. Et du coup quand il n'y a pas de salle de réveil derrière est-ce que toi tu fais des transmissions au service de chirurgie ambulatoire ?

IADE : Non. On a pas de feuille informatisée encore, on a juste la feuille de surveillance. Si vraiment y a un souci on appelle l'infirmière. Mais de manière générale on appelle pas.

Moi : D'accord

IADE : Si y a un soucis de toute façon tel que j'ai eu aujourd'hui, elle se sentait un peu flagada, je la garde au réveil, je la fais pas passer. Si le patient se sent pas bien, on le garde au réveil

Moi : Oui vous prenez pas de risque ...

IADE : Non pas de risque, il y a pas de surveillance en salle suffisante pour prendre ce type de risque

Moi : Ok bah c'était tout pour moi, merci beaucoup



## **Entretien IADE n°8**

Retranscription de l'entretien du 11 Avril 2018 avec un IADE. La personne interrogée est informée que l'entretien est enregistré mais que l'anonymat est conservé. Le tutoiement est établi dès la prise de contact.

L'IADE interrogé est une femme travaillant dans un hôpital public B.

Moi : Depuis quand tu es diplômée IADE ?

IADE : Depuis 2011, ça va faire 7 ans.

Moi : Est-ce que tu trouves que ton organisation à toi elle est changée quand un patient est en chirurgie ambulatoire vs quand il est en chirurgie classique et qu'il est hospitalisé ?

IADE : Mon organisation non. Rien de révolutionnaire quoi.

Moi : Comment tu définirais le fast-tracking toi avec tes propres mots ?

IADE : J'appellerais ça une dérogation au passage en SSPI en fait, qui permet au patient de passer directement de la salle d'opération à sa chambre sans surveillance en SSPI.

Moi : D'accord, ok. Tu penses quoi de cette pratique ?

IADE : D'après ce que j'ai entendu, elle est en termes de sécurité par rapport au patient, j'ai pas l'impression qu'on prenne des risques fous dans la mesure où c'est cadré et dès lors qu'on injecte un produit il est censé passé en salle de réveil. Euh après, pour la manière dont elle est appliquée ici je ne sais pas si c'est très bien suivi. Si c'est fait de façon rigoureuse. Disons que si c'est fait de façon rigoureuse, je pense qu'il n'y a pas de risque pour le patient. En revanche, les risques ils sont là dès lors qu'on ne le fait plus de façon rigoureuse.

Moi : Et du coup si tu devais améliorer des éléments là dans la prise en charge du fast-tracking ?

IADE : (silence). Non juste de rappeler les règles, ce qui fait que voilà. Plus informer les collègues puis les médecins aussi, c'est vrai que ce n'est pas que nous.

Moi : Donc du coup vous avez une feuille à remplir ici ? Remplie en salle d'intervention ?

IADE : Oui, enfin pas forcément. En ortho, parfois elles sont pré remplies et c'est vrai que c'est ça le souci, des fois les médecins ils les pré signent et puis après bah ils reviennent pas forcément

dessus. Et quand c'est pré signé par les médecins, la plupart du temps ils l'a remplissent en salle de réveil, à l'endroit où ils font les blocs au patient

Moi : Est-ce que tu trouves que ta prise en charge du patient d'un point de vue relationnel elle est différente avec un patient qui bénéficie du fast-tracking ?

IADE : Non c'est vrai que je pourrais donner plus de conseils, mais non je n'ai pas cette attitude éducative.

Moi : Et au niveau prise en charge de la douleur est-ce que c'est pareil ?

IADE : Non ma prise en charge est la même. Mais c'est vrai qu'on pourrait adapter cette prise en charge.

Moi : Du côté des transmissions avec le service, est-ce qu'il y a un lien avec la chirurgie ambulatoire ?

IADE : Non pas du tout et je sais que c'est pas terrible. Il y en a des fois qui montent sans postop et les filles elles arrivent. Les patients arrivent là haut et il y a pas de prescription postopératoire pour les antalgiques, on les lance pas forcément ici donc du coup je me dis qu'il y a peut être un couac au niveau du suivi là haut. Tout à l'heure je te parlais de rigueur, ça peut en faire partie.

Moi : Bah merci beaucoup, c'est tout pour moi, as-tu quelque chose à ajouter ?

IADE : Non







## Résumé et abstract

**Introduction** : le fast-tracking, nouvelle pratique en France, repose sur une procédure permettant aux patients bénéficiant d'une intervention chirurgicale en chirurgie ambulatoire, un passage en salle de surveillance post-interventionnelle réduit voire inexistant. Ce mémoire apporte une réflexion sur la manière dont l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat s'approprie ces nouvelles pratiques comme le fast-tracking.

**Méthode** : des entretiens semi directifs ont été réalisés auprès de huit infirmiers anesthésistes exerçant dans deux établissements pratiquant le fast-tracking au bloc opératoire.

**Résultats** : bien que le fast-tracking soit mis en place dans les deux établissements où les entretiens se sont déroulés, le concept a été difficile à définir par la majorité des personnes interrogées. La moitié des IADE expliquent avoir une procédure écrite concernant le fast-tracking, mais aucun n'a été formé lors de la mise en place de cette nouvelle modalité de prise en charge.

**Discussion** : il y a un véritable manque de communication autour de cette pratique. Chaque IADE a son propre ressenti autour de cette nouvelle modalité de prise en charge. Ce ressenti est conditionné par l'organisation du service en lui-même et les moyens mis à disposition comme les formations, les procédures ou les protocoles.

**Mots clés** : chirurgie ambulatoire – anesthésie locorégionale – fast-tracking – infirmier anesthésiste – salle de surveillance post-interventionnelle

---

**Introduction** : fast-tracking, a new practice in France, is based on a procedure allowing patients who benefit from surgery in outpatient surgery, a passage in the recovery room reduced or nonexistent. This work brings a reflection on the way in which the nurse anesthetist appropriates these new practices like fast-tracking.

**Method** : semi-directive interviews were conducted with eight anesthetists nurses practicing in two fast-tracking facilities in the operating theater.

**Results** : although fast-tracking was set up in the two institutions where the interviews took place, the concept was difficult to define by the majority of respondents. Half of the anesthetists nurses claim to have a written procedure concerning fast-tracking, but none have been trained during the implementation of this new treatment modality.

**Discussion** : there is a real lack of communication around this practice. Each anesthetist nurse has its own feeling about this new modality of care. This feeling is conditioned by the organization of the service itself and the resources made available such as training, procedures or protocols.

**Key words** : outpatient surgery – regional anesthesia – fast-tracking – anesthetist nurse – recovery room