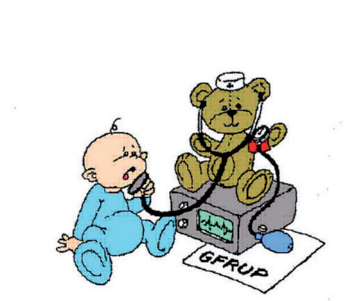


Livret d'adaptation à l'emploi

Infirmier(ière)s de réanimation

Booklet for professional training

Intensive therapy nurses



© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Hôpital et unité :

Nom de l'infirmière :

Date d'arrivée dans le service :

Formateur(s) :

Introduction

La Société de réanimation de langue française (SRLF), le Collège de réanimation et médecine d'urgence des hôpitaux extra-universitaires de France (CREUF), le Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP) et la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) ont identifié la nécessité de créer des documents pédagogiques ou de formation adaptés aux spécificités du métier d'infirmier de réanimation.

On peut distinguer trois types de documents supports de la formation en réanimation :

- **Le référentiel de compétences** est le socle préalable à tout programme de formation. Il définit les savoirs, aptitudes et compétences d'une infirmière de réanimation ;
- **Le livret d'adaptation à l'emploi** est un guide d'accompagnement à l'intégration d'une infirmière arrivant dans un service de réanimation ;
- **Les fiches techniques** sont spécifiques à chaque service, mais leur élaboration reposera sur une méthodologie pré-définie.

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué avec pour mission l'élaboration du référentiel des compétences de l'infirmière de réanimation et du livret d'adaptation à l'emploi. Le groupe de travail était constitué de professionnels désignés par les conseils d'administration de la SRLF, du CREUF, de la SFAR et du GFRUP. Le groupe, animé par le Dr Jean Reignier aidé du Pr Jean-Damien Ricard et du Dr Patrick Blanchet, a déterminé son échéancier et un calendrier de réunions. Celles-ci ont eu lieu une fois par mois d'octobre 2008 à octobre 2010 au siège de la SRLF.

Le présent document ne concerne que **le livret d'adaptation à l'emploi**.

Cadre du livret d'adaptation à l'emploi

L'objectif visé lors de cette phase d'adaptation à l'emploi est l'autonomie de l'infirmière, la prise de responsabilités « en circonstances habituelles ».

Conformément au « Cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie », les connaissances ont été déclinées en savoirs, aptitudes et compétences, avec les définitions suivantes :

- **Savoir** : « Le résultat de l'assimilation d'informations grâce à l'éducation et à la formation. Le savoir est un ensemble de faits, de principes, de théories et de pratiques liés à un domaine de travail ou d'étude. Le Cadre européen des certifications fait référence à des savoirs théoriques ou factuels ».
- **Aptitude** : « La capacité d'appliquer un savoir et d'utiliser un savoir-faire pour réaliser des tâches et résoudre

des problèmes. Le Cadre européen des certifications fait référence à des aptitudes cognitives (utilisation de la pensée logique, intuitive et créative) ou pratiques (fondées sur la dextérité ainsi que sur l'utilisation de méthodes, de matériels, d'outils et d'instruments) ».

- **Compétence** : « La capacité avérée d'utiliser des savoirs, des aptitudes et des dispositions personnelles, sociales ou méthodologiques dans des situations de travail ou d'études et pour le développement professionnel ou personnel. Le Cadre européen des certifications fait référence aux compétences en termes de prise de responsabilités et d'autonomie ».

La phase d'adaptation se situe en amont de l'acquisition des compétences. Elle sert à établir les bases des savoirs et aptitudes nécessaires au métier d'infirmière de réanimation.

À ce titre, le groupe a élaboré un document support de la formation et de l'évaluation des savoirs et aptitudes.

Ce livret d'adaptation à l'emploi a été élaboré en se référant au guide pratique démarche « Métiers-compétences 2012 » dans le cadre du « Plan hôpital 2012 ».

Situations cliniques : Les 14 situations cliniques déclinées dans le référentiel ont été reprises dans le livret d'adaptation à l'emploi. Pour chacune, trois temps d'évaluation ont été prévus : dès l'arrivée de l'infirmière en réanimation, à la moitié et à la fin de la période de formation. Pour chacune aussi, trois niveaux d'évaluation ont été organisés (cf. infra).

Organisation de la formation dans les services

La formation est, si possible, assurée par les infirmières référentes ou « tuteur(trices) ». Le cadre collabore lors de la formation avec les infirmières référentes ou « tuteur(trices) », valide la formation de l'infirmière lors d'un bilan formalisé fait au début, pendant et la fin de la période d'adaptation à l'emploi. Le tutorat correspond à l'encadrement du professionnel débutant par un « professionnel expérimenté » [1]. Le tuteur doit posséder, outre ses compétences cliniques, des capacités de compréhension et de résolution des situations cliniques [2]. Le tuteur doit montrer de l'intérêt pour l'encadrement et être motivé pour conduire une démarche d'accompagnement de l'apprentissage de l'autre. Le tuteur aura dans la mesure du possible suivi une formation pédagogique adaptée.

Le tutorat repose sur le principe de la transmission en action de savoirs et aptitudes qui conduiront au développement des compétences du nouveau professionnel.

Le tuteur a trois fonctions essentielles [3] :

- **Fonction d'accueil et d'animation** : le tuteur va favoriser l'insertion du nouveau recruté en réanimation grâce à sa culture professionnelle ;
- **Fonction d'aide et de conseil** : le tuteur se positionne comme une personne-ressource qui accompagne le

nouveau recruté dans l'acquisition de ses savoirs et le développement de ses compétences ;

- **Fonction d'évaluation** : le tuteur doit se prononcer sur la validation des savoirs et aptitudes.

Évaluation

Évaluer conduit à mettre en relation des éléments issus d'un observable et les compétences visées. L'évaluation conduit à porter un jugement de valeur, à partir d'un outil de mesure, dans le but de prendre une décision [4]. Un outil d'évaluation doit répondre aux critères de validité, fiabilité, objectivité, pertinence, clarté, reproductibilité et équité. Le modèle d'évaluation retenu dans le présent livret d'adaptation à l'emploi repose sur un inventaire des savoirs et aptitudes acquis. L'accent est mis sur les performances évaluées en fonction de critères de réussite ou de réalisation. Ces critères font appel à des indicateurs qui sont la version concrète d'un critère, soit un indice pris dans l'observable qui permet de dire si l'objet répond au critère. Plusieurs indicateurs peuvent correspondre à un même critère.

Validation du livret d'adaptation à l'emploi

Comme pour le référentiel des compétences de l'infirmier de réanimation, la validation du travail s'est faite en plusieurs étapes et à plusieurs niveaux :

- chaque réunion a fait l'objet d'un compte rendu soumis pour approbation à l'ensemble du groupe. Les différentes versions du document ont été systématiquement jointes au compte rendu ;
- validation interne : chaque situation a fait l'objet d'une validation en séance plénière, après que chaque membre a pu — au préalable — retravailler le texte ;
- validation externe :
 - 1) à différents points d'étape de l'élaboration du document, celui-ci a été soumis pour lecture et commentaires à des membres extérieurs du groupe, essentiellement des collègues des membres du groupe ;
 - 2) des présentations « d'étapes » ont été faites aux conseils d'administration de la SRLF, de la SFAR et du CREUF.

Le document final a fait l'objet d'une validation par les conseils d'administration de la SRLF, de la SFAR, du CREUF et du GFRUP

Conclusion

Ce livret d'adaptation à l'emploi se veut, dans chaque service, un support à la formation des infirmières, formation aux nouveaux arrivants, et développement professionnel continu. Il contribuera ainsi à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins délivrés aux patients de réanimation.

Références

1. Référentiel de formation infirmière, mai 2009
2. Benner P. De novice à expert, inter-éditions, 1995
3. Pelpel P. Guide de la fonction tutorale, Editions d'Organisation, 1995
4. Hadji C. Evaluation, les règles du jeu, ESF, 1990

Groupe de travail SRLF-CREUF

Véronique Bescond, cadre infirmier, réanimation médicale, CHU de Poitiers

Nicole Chevalier, directrice des soins infirmiers, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Katia Couchoux, infirmière, réanimation, centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

Sandrine Dray, cadre infirmier, réanimation médicale, CHU Sainte-Marguerite, Marseille

Jean-Noël Drault, médecin, réanimation polyvalente, centre hospitalier de Pau

Christelle Eude, infirmière référente, réanimation polyvalente, CHD de La Roche-sur-Yon

Dominique Gauthier, cadre infirmier, réanimation polyvalente, centre hospitalier de Montélimar

Bruno Germain, cadre infirmier, réanimation polyvalente, centre hospitalier de Elbeuf-Louviers

Carine Jarre, infirmière, réanimation, HIA Bégin, Paris

Yolaine Martin, infirmière, réanimation médicale, CHU Louis-Mourier, Colombes

Anne Muller, cadre infirmier, institut de formation des cadres de santé Ste-Anne, Paris

Séverine Ober, infirmière, réanimation, centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

Laurent Papazian, médecin, réanimation médicale, CHU Sainte-Marguerite, Marseille

Catherine Piguet, infirmière, docteur en sciences de l'éducation et sciences médicales, option santé publique, Lausanne, Suisse

Jean-Damien Ricard, médecin, réanimation médicale, CHU Louis-Mourier, Colombes

Jean Reignier, médecin, réanimation polyvalente, CHD de La Roche-sur-Yon

Aude Soury-Lavergne, cadre infirmier, réanimation polyvalente, CHU de Lille

Franck Voyard, infirmier, réanimation polyvalente, centre hospitalier de Mâcon

GFRUP

Françoise Egrot, cadre infirmier supérieur, réanimation néonatale, CHU Cochin, Paris

Paulo Ferreira, infirmier référent, réanimation pédiatrique, CHU Necker, Paris

SFAR

Patrick Blanchet, médecin, anesthésie–réanimation, Clinique des Cèdres, Cornebarrieu, Association des réanimateurs du secteur privé (ARDSP)

Gérard Bourquard, cadre de santé, anesthésie–réanimation, CHU Saint-Antoine, Paris

Dominique Combarrous, cadre de santé, anesthésie–réanimation, CHU de Lyon

Gwenola De Usatorre, infirmière, réanimation, Clinique des Cèdres, Cornebarrieu

Pierre Courant, médecin, anesthésie–réanimation, centre hospitalier d'Avignon

Bernard Garrigues, médecin, anesthésie–réanimation, centre hospitalier d'Aix-en-Provence

Rémy Gauzit, médecin, anesthésie–réanimation, CHU Hôtel-Dieu Paris

Laurence Jullien-Flageul, cadre de santé, anesthésie–réanimation, centre hospitalier de Morlaix

Alain Lepape, médecin, anesthésie–réanimation, CHU de Lyon

Christelle Plumereau, cadre de santé, anesthésie–réanimation, centre hospitalier de Poitiers

Nathalie Revel, cadre de santé, pôle anesthésie–réanimation, CHU de Nice

Utilisation pratique du Livret d'adaptation à l'emploi

Ce livret a été créé pour vous permettre d'appréhender la théorie, les gestes, les techniques et les conduites à tenir dans notre service de réanimation. Il aura, nous l'espérons, le mérite de vous donner les moyens de savoir ce sur quoi

vous pouvez vous améliorer et ce que nous devons encore vous enseigner.

Nous souhaitons que ce livret vous donne la possibilité d'être demain un professionnel compétent, efficace, rigoureux et bien dans sa profession et son rôle. N'hésitez pas à nous prévenir de tout problème, de toute hésitation ou de toute incompréhension théorique ou pratique.

Les critères des « savoirs » et « aptitudes » sont déclinés à partir du « référentiel de compétences des infirmier(ière)s de réanimation ». Pour permettre d'évaluer votre adaptation, une évaluation en trois niveaux va vous guider. Le niveau 3 est requis pour valider la période d'adaptation à l'emploi.

La formation déclinée dans ce livret correspond à une durée d'adaptation à l'emploi de huit semaines pour une infirmière sans expérience de réanimation. Cette durée est à adapter aux compétences acquises antérieurement par l'infirmier(ière). Les modalités de la formation sont aussi à adapter aux spécificités de chaque unité.

Cette formation et son évaluation peuvent être conduites par un(e) infirmier(ière) référente, une infirmière tutrice ou un(e) cadre selon l'organisation du service. Les médecins peuvent être associés à la formation.

Pour les savoirs, l'acquisition est dite « complète » lorsque l'infirmier(ière) sait faire le lien entre les notions théoriques et les pratiques du domaine concerné.

L'évaluation doit être faite à l'arrivée de l'infirmier(ière) dans le service (idéalement à l'entretien d'embauche), en cours et en fin de la période d'adaptation à l'emploi (d'où les 3 × 3 colonnes).

Bon apprentissage !

L'équipe d'encadrement médicale et non médicale

	SAVOIRS	APTITUDES
1	Non acquis	Ne sait pas faire
2	Acquisition partielle	Sait faire avec aide
3	Acquisition complète	Sait faire seul(e) dans les circonstances habituelles

1	Accompagnement d'un patient en situation de détresse vitale	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
Savoirs	L'infirmier(e) rappelle les modalités de la communication avec un patient et ses proches dans un contexte de détresse vitale. GRILLE D'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> Le patient reste, s'il peut communiquer, l'interlocuteur prioritaire. La confidentialité de l'entretien est la règle. La compréhension de l'information délivrée est vérifiée. La participation des infirmières aux entretiens entre le médecin, le patient et ses proches doit être favorisée. 										
	L'infirmier(e) comprend que le patient, la personne de confiance ou la personne référente ont des difficultés à déterminer et formuler des choix, et cite les principales sources de difficultés : GRILLE D'ÉVALUATION Les éléments permettant d'évaluer l'aptitude à déterminer et formuler des choix sont : <ul style="list-style-type: none"> le contexte (linguistique, social, culturel) ; le retentissement physique et psychologique de la détresse vitale, des traitements entrepris et de l'hospitalisation ; l'évolutivité dans le temps qui impose de réévaluer l'aptitude du patient et des proches régulièrement. 										
	L'infirmier(e) résume le cadre juridique concernant la personne de confiance, les directives anticipées et le secret professionnel. GRILLE D'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> La personne de confiance doit être désignée par écrit et doit avoir accepté ce rôle. La (les) personne(s) référente(s) est (sont) identifiée(s) par l'équipe soignante et les proches parmi ces mêmes proches. Les directives anticipées doivent avoir été rédigées par le patient depuis moins de trois ans et être adaptées à la situation clinique rencontrée. La transmission d'informations concernant un malade est nécessaire et n'est possible que dans le but de favoriser sa prise en charge. 										
	L'infirmier(e) cite les règles et les procédures de son service concernant les visites, la communication et les transmissions des informations aux proches. GRILLE D'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> Ces règles et procédures concernent les modalités de visite, les supports de communication (livret d'accueil, journal de bord, dossier patient) et les aides disponibles socioculturelles (interprète, religieux) ou matérielles (tablettes...). 										
	L'infirmier(e) décrit les mécanismes du stress et ses conséquences. GRILLE D'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> Les principales conséquences du stress sont physiques (ulcère gastrique, douleur, fonte musculaire...) et psychiques (delirium, syndrome dépressif, refus de soin, agressivité). 										
	L'infirmier(e) cite les différentes réactions possibles lors d'un événement brutal (« étapes du deuil ») : GRILLE D'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> Les différentes étapes du deuil sont: la perte, le déni, la colère, la peur, la tristesse, l'acceptation, le pardon, la quête de sens, la sérénité. 										
	L'infirmier(e) énumère les structures d'aides sociales et psychologiques des patients et de leurs proches. GRILLE D'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> Les structures d'aide sont les travailleurs sociaux attachés à l'unité de réanimation ou à l'établissement, les psychologues et psychiatres disponibles pour l'unité et les autres ressources éventuellement présentes dans l'établissement (visiteurs bénévoles, représentants des usagers, associations de patients, sophrologue...). 										
	L'infirmier(e) énumère les principales sources d'inconfort d'un patient en unité de réanimation. GRILLE D'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> Les principales sources d'inconfort pour le patient sont le bruit (soignants, alarmes, matériels), la lumière, le manque de sommeil, le manque d'intimité, les douleurs, les dispositifs invasifs, la soif, la faim, l'incapacité à communiquer, l'isolement. 										
	Aptitudes	L'infirmier(e) accueille, accompagne et informe le patient et ses proches en collaboration avec l'équipe pluri-professionnelle. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> respecte la charte du patient hospitalisé ; décline clairement son identité et son rôle dans l'équipe pluri-professionnelle ; analyse l'aptitude du patient et de ses proches à comprendre l'information et à faire des choix ; cherche à découvrir le contexte socio-culturel et les souhaits du patient ; recueille les éléments permettant d'apprécier la proximité réelle entre le patient et les interlocuteurs ; délivre une information claire, loyale et intelligible. 									
		L'infirmier(e) mobilise les ressources humaines et utilise les moyens matériels nécessaires à l'optimisation de la communication avec le patient et ses proches. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> propose de faire appel à un interprète, un représentant religieux... et organise leur venue ; propose et utilise des moyens de communication non verbaux ou d'assistance à la parole. 									
		L'infirmier(e) adapte son comportement et ses soins aux souhaits du patient GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> garde en permanence un contact verbal avec le patient ; évite les conversations personnelles entre soignants en présence du patient ; évite les maladresses en s'adressant au patient et en présentant les soins ; tient compte des spécificités culturelles ; privilégie les souhaits que le patient est capable d'exprimer pour la réalisation des soins. 									
		L'infirmier(e) assure la traçabilité d'un entretien en retranscrivant les éléments clés de l'échange. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> Reconnait comme pertinents à tracer: <ul style="list-style-type: none"> les informations délivrées ; par qui elles ont été délivrées ; comment elles ont été reçues. 									
		L'infirmier(e) identifie les répercussions psychosociales et économiques pour les proches d'un patient hospitalisé en réanimation et apporte une réponse adaptée. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> Favorise l'expression de difficultés pouvant nécessiter l'appel à des structures d'aide sociale (éloignement géographique, chômage du conjoint, difficultés financières, troubles dans l'organisation familiale). 									
L'infirmier(e) assure le maintien du confort du patient dans l'environnement spécifique de la réanimation ou lors de transferts. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> assure l'analgésie, l'anxiolyse et la sédation ; améliore l'environnement: diminution du bruit (bonne gestion des alarmes), personnalisation de la chambre ; organise les soins en respectant les souhaits et les rythmes du patient ; utilise de façon restreinte la contention physique et seulement sur prescription ; organise les soins pour respecter les périodes de sommeil et les rythmes physiologiques du patient. 											

2	Patient en situation d'insuffisance circulatoire	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) rappelle succinctement les bases physio-pathologiques, les signes cliniques et paracliniques et les principales étiologies d'une défaillance circulatoire.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Une défaillance circulatoire est la conséquence d'un dysfonctionnement atteignant isolément ou de façon associée la pompe cardiaque, le système vasculaire et la volémie. ● Le collapsus est une défaillance hémodynamique transitoire avec hypotension. ● L'état de choc est une insuffisance circulatoire responsable d'une hypoperfusion cellulaire aiguë et durable. ● L'arrêt circulatoire est secondaire à une inefficacité totale de la pompe cardiaque. ● Les signes cliniques d'une défaillance circulatoire peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> ○ Tachycardie ou bradycardie ○ Hypotension ○ Pâleur ○ Marbrures des membres inférieurs ○ Cyanose des extrémités ○ Bradypnée, polypnée ou tachypnée ○ Sudation abondante ○ Angoisse, agitation et trouble de la vigilance ○ Oligurie, anurie ● Les principales étiologies sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'hypovolémie aiguë (hémorragie, déshydratation aiguë, brûlures) ○ Une dysfonction cardiaque brutale (IDM, embolie pulmonaire, troubles du rythme...) ○ Une infection grave (libération de toxines) ○ Une allergie ○ Une atteinte du système nerveux central ● L'insuffisance circulatoire peut aboutir à un syndrome de défaillance multiviscérale. 									
	<p>L'infirmier(e) liste les différents paramètres de surveillance hémodynamique et les valeurs normales des paramètres biologiques.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les principaux paramètres de surveillance hémodynamique sont la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la pression veineuse centrale, le débit cardiaque et la diurèse. ● Les deux principaux paramètres de surveillance biologiques sont le pH et la concentration artérielle de lactates. 									
	<p>L'infirmier(e) détaille les différents types de surveillance hémodynamique (indications, procédures de mise en place, limites, complications, modalités de leur utilisation, modalité d'ablation des cathéters).</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les principaux types de surveillance hémodynamique comprennent la pression artérielle sanglante et la mesure du delta PP, le cathétérisme cardiaque droit (cathéter de Swan-Ganz), le Picco (Cathétérisme artériel fémoral) et l'échographie cardiaque. 									
Aptitudes	<p>L'infirmier(e) utilise la procédure en cas de survenue d'un arrêt circulatoire.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● reconnaît un arrêt circulatoire ; ● déclenche l'alerte ; ● utilise le chariot et le matériel d'urgence de son service ; ● entreprend les premières mesures de réanimation cardiopulmonaire (RCP). 									
	<p>L'infirmier(e) utilise des différents monitorages hémodynamiques et analyse les résultats obtenus.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● prépare le patient à la pose du monitoring ; ● prépare le matériel nécessaire à la pose du monitoring ; ● participe de façon adaptée à la pose du matériel concerné ; ● analyse la pertinence des données recueillies ; ● assure les soins relatifs au matériel en fonction du protocole du service. 									
	<p>L'infirmier(e) identifie les signes cliniques d'un état de choc et les décrit au médecin.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● analyse la pertinence des signes cliniques d'insuffisance circulatoire et alerte le médecin. 									
	<p>L'infirmier(e) détaille l'utilisation et la surveillance des thérapeutiques médicamenteuses cardiaques.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● prépare les drogues vasoactives ; ● administre les drogues vasoactives selon la prescription et le protocole du service ; ● porte une attention particulière aux paramètres hémodynamiques lors de tout changement de débit ou lors des relais des drogues vasoactives. 									
	<p>L'infirmier(e) détaille l'utilisation et la surveillance des solutés de remplissage.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● choisit la voie d'administration, le débit adapté à la prescription et vérifie la bonne tolérance, l'efficacité et le bilan entrées-sorties. 									
	<p>L'infirmier(e) détaille l'utilisation et la surveillance des thérapeutiques de suppléance cardiocirculatoire.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● prépare le patient à la pose du dispositif de suppléance ; ● prépare le matériel nécessaire à la pose du dispositif de suppléance ; ● participe de façon adaptée à la pose du matériel concerné ; ● analyse la pertinence des données recueillies ; ● assure les soins relatifs au matériel en fonction du protocole du service. 									

3	Patient en situation d'insuffisance respiratoire aiguë	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) rappelle succinctement les bases physiopathologiques, les signes cliniques et paracliniques, les principales étiologies et les risques encourus par le patient présentant une insuffisance respiratoire aiguë.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> La respiration est l'ensemble des phénomènes physiologiques permettant l'apport de l'oxygène aux cellules et l'élimination du dioxyde de carbone (CO₂) par l'air expiré. La respiration se fait en plusieurs étapes nécessitant l'intégrité de la commande neurologique centrale et périphérique, des muscles respiratoires, des voies aériennes, des alvéoles, de la membrane alvéolo-capillaire et de la circulation pulmonaire. L'atteinte d'un de ces éléments peut entraîner une insuffisance respiratoire aiguë caractérisée par une hypoxémie, une hypoxie et/ou une acidose respiratoire par accumulation de CO₂. Les signes cliniques sont : <ul style="list-style-type: none"> La dyspnée, la tachypnée Le tirage L'encombrement bronchique La cyanose Les sueurs profuses L'agitation, obnubilation ou coma La bradypnée, la pause, voire l'arrêt cardiorespiratoire Les signes paracliniques sont : <ul style="list-style-type: none"> La diminution de la saturation en oxygène mesurée par un oxymètre de pouls, l'augmentation du CO₂ mesurée par la capnographie L'hypoxémie, l'hypercapnie et l'acidose mesurées par la gazométrie artérielle (ou veineuse chez l'enfant). Les principales étiologies sont : <ul style="list-style-type: none"> Les pathologies neuro-musculaires (polyradiculonévrite, myasthénie), les lésions médullaires et le coma Les obstructions des voies aériennes supérieures (épiglottite, tumeurs, œdème de Quincke, corps étrangers, hématomes) Les décompensations de pathologies pulmonaires chroniques (asthme, BPCO) Les affections du parenchyme pulmonaire (contusion, infection, œdème, SDRA) Les épanchements pleuraux L'embolie pulmonaire. 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les mécanismes d'apparition et les moyens de gestion du stress d'un patient en détresse respiratoire.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> L'insuffisance respiratoire aiguë est cause d'une anxiété particulière, parfois majeure (avec état d'agitation) imposant la mise en œuvre de tous les moyens de réassurance et thérapeutiques symptomatiques en urgence. Les principes de la procédure en cas d'arrêt respiratoire sont : <ul style="list-style-type: none"> Liberté des voies aériennes supérieures Apport en oxygène Ventilation manuelle au masque et ballon Alerter 									
	<p>L'infirmier(e) détaille les différentes techniques d'oxygénothérapie, d'assistance respiratoire et leurs paramètres de réglage et de surveillance ; les valeurs normales des gaz du sang.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Les principales techniques d'oxygénothérapie et d'assistance respiratoire sont : <ul style="list-style-type: none"> L'oxygénothérapie : <ul style="list-style-type: none"> Lunettes et sonde d'O₂ Masque haute concentration Dispositifs d'oxygénothérapie à haut débit La ventilation mécanique non invasive, principaux modes et interfaces La ventilation mécanique invasive, principaux modes et interfaces. Les principaux paramètres de réglages et de surveillance sont : la fraction inspirée d'O₂, le volume courant (ou niveau d'aide inspiratoire), la fréquence respiratoire, la pression expiratoire positive, la pression de plateau, la FECO₂, et les principales alarmes (pression de crête, volume minute expiré). 									
Aptitudes	<p>L'infirmier(e) accomplit les prélèvements des gaz du sang et leur acheminement ou leur traitement.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectue le prélèvement artériel en respectant les conditions de sécurité et de qualité, s'assure de son traitement selon la procédure en vigueur et de la récupération des résultats. 									
	<p>L'infirmier(e) utilise les procédures d'intubation de son service.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> prépare le matériel nécessaire à l'intubation ; informe et installe le patient pour l'intubation ; participe de façon adaptée à l'intubation ; s'assure de la fiabilité du système de fixation de la sonde d'intubation ; réinstalle le patient de façon appropriée. 									
	<p>L'infirmier(e) utilise les procédures de gestion des voies aériennes.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> vérifie la fiabilité du système de fixation de la prothèse endotrachéale ; prévient les complications liées à cette prothèse (escarre muqueux, pression inadaptée du ballonnet) ; assure les soins conformément à la procédure en vigueur dans le service. 									
	<p>L'infirmier(e) utilise la procédure de sevrage ventilatoire.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> recherche les critères de sevrabilité du patient et les communique au médecin et met en œuvre le protocole de sevrage de la ventilation mécanique. 									
	<p>L'infirmier(e) utilise la procédure d'extubation.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> prépare le matériel nécessaire ; informe et installe le patient en vue d'une extubation ; extube le patient conformément au protocole de service ; surveille le patient pour détecter les complications immédiates éventuelles. 									
	<p>L'infirmier(e) utilise la procédure de gestion des alarmes sur les respirateurs du service en fonction des modes ventilatoires.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> s'assure du réglage approprié des alarmes en fonction du mode ventilatoire utilisé ; vérifie l'intégrité du circuit ventilatoire devant une fuite excessive ou une forte augmentation de pression. 									

4	Patient en situation d'insuffisance rénale aiguë	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) rappelle brièvement les bases physiopathologiques, les signes cliniques et paracliniques, les différentes étiologies d'une insuffisance rénale aiguë et les risques encourus par le patient.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une insuffisance rénale aiguë est définie par la réduction brutale et parfois totale, mais souvent réversible, du pouvoir d'épuration ou de filtration des reins. • Le fonctionnement rénal dépend à la fois d'une perfusion adéquate du rein, de sa capacité de filtration, des mécanismes de réabsorption et d'excrétion. • L'altération de chacune de ces fonctions peut être à l'origine d'une insuffisance rénale aiguë ; • Les signes cliniques et biologiques d'une insuffisance rénale aiguë peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> ○ Oligurie, anurie ○ Augmentation de l'urée et de la créatinine plasmatique ○ Douleurs abdominales, nausées, vomissements ○ Agitation, confusion, coma ○ HTA, trouble du rythme, œdème aigu du poumon • Les principales étiologies sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Origine fonctionnelle = hypoperfusion rénale (toute hypotension artérielle : défaillance cardiaque, déshydratation, hémorragie, diurétiques) ○ Origine organique (nécrose tubulaire, intoxication médicamenteuse, infection) ○ Origine mécanique (obstacle) • L'insuffisance rénale aiguë peut évoluer vers une insuffisance rénale chronique. 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les différentes techniques d'épuration extrarénale.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différentes techniques d'épuration extra rénales sont l'hémodiafiltration continue, la dialyse intermittente et la dialyse péritonéale. 									
	<p>L'infirmier(e) énumère les différentes voies d'abord vasculaires : leurs avantages, limites, risques et dysfonctionnements potentiels.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les voies d'abord vasculaires pour la dialyse sont le cathéter central mono ou double lumière, la fistule artérioveineuse. • Les différents sites : fémoral (avantage : facilité, débit ; risques : infection, thrombose), jugulaire (avantage : risque infectieux moindre, installation assise possible ; risque : débit moindre et rotation limitée de la tête et du cou), fistule (avantage : facilité, débit ; risques : hématome, thrombose). 									
Aptitudes	<p>L'infirmier(e) utilise les différents appareils d'épuration extrarénale (EER) de son service.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prépare le patient à la séance d'EER ; • prépare le matériel nécessaire à la séance d'EER ; • monte et purge le circuit extracorporel ; • assure les soins relatifs au matériel en fonction du protocole du service. 									
	<p>L'infirmier(e) surveille et transmet les paramètres cliniques et biologiques de surveillance d'une insuffisance rénale.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmier(e) analyse la pertinence clinique de la diurèse, du ionogramme et des taux d'urée et de créatinine sanguines et les transmet au médecin. 									
	<p>L'infirmier(e) surveille une séance d'épuration extrarénale.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • relève les différentes pressions de l'appareil de dialyse et les paramètres hémodynamiques de surveillance du patient ; • analyse la pertinence des données cliniques et paracliniques recueillies au cours de la séance d'EER et alerte si besoin. 									
	<p>L'infirmier(e) prépare le matériel nécessaire à la pose des voies d'abord vasculaires selon les procédures de surveillance et d'utilisation de son service.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prépare le patient à la pose des voies d'abord vasculaires ; • prépare le matériel nécessaire à leur pose ; • participe de façon adaptée à la pose du matériel concerné ; • surveille et prévient les risques inhérents au dispositif invasif mis en place. 									
	<p>L'infirmier(e) branche et débranche le circuit d'épuration extrarénale.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informe et installe le patient en vue d'une séance d'épuration extrarénale ; • s'assure de la bonne perméabilité de la voie d'abord vasculaire ; • s'assure de la concordance des paramètres de la machine de dialyse avec la prescription ; • assure la connexion entre le cathéter de dialyse et les lignes de l'appareil d'épuration selon le protocole du service ; • met en place la surveillance clinique et paraclinique de la séance d'épuration extrarénale ; • organise la fin de la séance d'épuration et la déconnexion des lignes en fonction du protocole du service. 									
	<p>L'infirmier(e) identifie un dysfonctionnement sur le cathéter, la fistule, le circuit extracorporel ou le générateur et y répond selon le protocole du service.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • détecte un dysfonctionnement du circuit extracorporel et prévient le médecin ; • met en œuvre les moyens de prévention de coagulation du circuit. 									
	<p>L'infirmier(e) applique les procédures d'entretien et de traçabilité des appareils.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmier(e) met en œuvre les procédures et la traçabilité d'entretien des machines de dialyse conformément aux procédures du service. 									

5	Patient en situation de défaillance neurologique et agitation	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) décrit les signes, les degrés de gravité et les conséquences potentielles de troubles de la vigilance, de convulsions, d'un déficit moteur, d'un état d'agitation.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les troubles de la vigilance sont définis par des yeux qui restent fermés malgré les stimulations (verbales ou douloureuses), et une réponse verbale inappropriée aux consignes. • La gravité des troubles de la vigilance est définie par l'absence totale de réponse, la présence d'un encombrement (par fausse route et/ou incapacité à tousser), et/ou de signes de détresse respiratoire. • Les convulsions sont définies par la présence de mouvements anormaux toniques et répétés (tonico-cloniques). • La gravité de crises convulsives est définie par la présence de troubles de la vigilance persistant malgré l'arrêt de la crise et de troubles respiratoires (encombrement). • Un déficit moteur est défini par une réponse motrice faible ou inexistante au niveau des membres ou de la face et/ou une difficulté à maintenir la position assise (axe tête, cou, tronc). • La gravité est définie par une paralysie complète, la présence de troubles de la déglutition, d'une incapacité à la toux et de la survenue de pauses respiratoires. • L'état d'agitation est défini par une incapacité à rester au repos, et/ou des propos incohérents. • La gravité d'un état d'agitation est définie par la survenue d'actes pouvant mettre en danger le patient ou son entourage. 									
	<p>L'infirmier(e) énumère les situations cliniques neurologiques pouvant nécessiter la mise en œuvre immédiate de la protection des voies aériennes.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les troubles de la vigilance, l'incapacité à la toux, une paralysie complète avec pauses respiratoires, les troubles de la déglutition. 									
	<p>L'infirmier(e) explique les éléments cliniques et outils d'évaluation et de surveillance neurologique selon la pathologie et l'état du patient.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malade présentant une atteinte cérébrale <ul style="list-style-type: none"> • Les éléments cliniques sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'ouverture des yeux ○ la réponse verbale ○ la réponse motrice ○ la réactivité et la symétrie des pupilles ○ déglutition/fausse route/encombrement • Score de Glasgow • Pression intracrânienne • Malade présentant une atteinte nerveuse périphérique (non cérébrale) <ul style="list-style-type: none"> • Les éléments cliniques sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ la force motrice des membres ○ la sensibilité (fourmillements, pas de sensibilité) ○ modulation de l'amplitude respiratoire et capacité à la toux • Mesure de la capacité vitale • Testing neuromusculaire 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les mécanismes de la perception et ses particularités chez le patient atteint d'une défaillance neurologique.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient peut être sourd, aveugle, désorienté dans le temps et l'espace. • Le patient peut avoir des troubles de la compréhension et de l'analyse des situations. • Le patient peut ne pas reconnaître son entourage, même proche. • Le patient peut avoir une négligence de tout ou partie de son corps et des troubles qu'il présente. • Le patient peut ressentir une douleur physique ou morale sans pouvoir l'exprimer. 									
	<p>L'infirmier(e) choisit les modes de communication adaptés aux patients atteints de défaillance neurologique.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité du maintien de la communication verbale avec le patient incapable de s'exprimer. • Techniques de communication non verbale : par écriture, image, alphabet ou toucher. • Communication verbale adaptée en s'assurant de la compréhension par le patient. 									
	<p>L'infirmier(e) liste les techniques de monitoring cérébral.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pression intracrânienne, pression de perfusion cérébrale. • Les techniques utilisées dans son service (EEG, PtO₂...). 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les procédures d'installation d'un patient comateux ou paralysé.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intérêt de la position assise. • L'installation d'un patient avec monitoring de la pression intracrânienne (PIC). • Les techniques d'installation du patient et de prévention des attitudes vicieuses de son service. • Les techniques d'installation et de prévention des lésions de décubitus de son service. 									

5	Patient en situation de défaillance neurologique et agitation	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Aptitudes	L'infirmier(e) analyse les paramètres de surveillance d'un trouble neurologique. GRILLE d'EVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> organise la surveillance d'un patient présentant une pathologie neurologique centrale (c'est-à-dire utilise les critères adaptés à l'état du patient et au protocole du service) et alerte de façon appropriée en fonction des objectifs fixés par le médecin ; organise la surveillance d'un patient atteint d'une pathologie neurologique périphérique (c'est-à-dire utilise les critères adaptés à l'état du patient et au protocole du service) et alerte de façon appropriée en fonction des objectifs fixés par le médecin. 									
	L'infirmier(e) met en œuvre les procédures d'installation d'un patient comateux ou paralysé. GRILLE d'EVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> installe un patient comateux conformément au protocole du service ; installe un patient paralysé conformément au protocole du service. 									
	L'infirmier(e) utilise les échelles d'évaluation de la conscience et de l'agitation en vigueur dans son service. GRILLE d'EVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> mesure le score d'évaluation de la conscience d'un patient présentant une atteinte cérébrale, en suit l'évolution et alerte de façon appropriée ; mesure le score d'évaluation d'un patient présentant d'un état d'agitation, en suit l'évolution et alerte de façon appropriée. 									
	L'infirmier(e) utilise le monitoring neurologique en vigueur dans son service. GRILLE d'EVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> prépare le patient à la pose du monitoring ; prépare le matériel nécessaire à la pose du monitoring ; participe de façon adaptée à la pose du matériel concerné ; analyse la pertinence des données recueillies ; assure les soins relatifs au matériel en fonction du protocole du service. 									
	L'infirmier(e) évalue le niveau de conscience et adapte la prise en charge d'un patient neurologique. GRILLE d'EVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> utilise les signes cliniques et le score d'évaluation du niveau de conscience en vigueur dans son service, en suit l'évolution et alerte de façon appropriée ; identifie le risque de dégradation de la fonction respiratoire en lien avec l'état neurologique ; adapte la prise en charge de la douleur d'un patient à la communication altérée. 									

6	Patient sédaté	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) décrit le retentissement psychologique et comportemental du stress engendré par le séjour en réanimation et les moyens non médicamenteux pour rassurer un patient.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les principales manifestations du stress sont : la dépression, l'opposition aux soins, voire le delirium. • Les éléments favorisant le stress sont : la difficulté de communication, la perte des repères temporo-spatiaux, l'incertitude sur l'avenir. • Les soins non médicamenteux possibles sont : <ul style="list-style-type: none"> • le maintien du patient au centre du projet de soin • la communication soignant/soigné • le maintien d'un rythme nyctéméral perceptible par le patient • l'accès à des moyens d'orientation temporo-spatiale : position permettant de voir la lumière du jour, une horloge, voire l'accès à des medias d'information • la visite régulière des proches, et lors de ces visites la communication verbale, voire tactile, entre le patient et ses proches 									
	<p>L'infirmier(e) explique les objectifs et les risques de la sédation et de l'analgésie en fonction de l'état de santé du patient et du projet thérapeutique.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>La sédation et l'analgésie ont pour but :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'améliorer la sécurité et le confort du patient, de diminuer son stress ; • d'appliquer des traitements de suppléance, des actes thérapeutiques ou des explorations dans des conditions optimales (confort, coopération, sécurité, mémorisation) ; • d'améliorer la tolérance aux modifications physiopathologiques liées aux défaillances. 									
	<p>L'infirmier(e) cite les différents outils d'évaluation de la sédation, de la douleur et décrit leur mode d'emploi chez le patient non communicant.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les scores d'évaluation de sédation, d'agitation et de la douleur utilisés dans son service. • Les principaux paramètres physiques évocateurs de douleur chez le patient sédaté ou cérébrolésé sont : la tachycardie, l'hypertension artérielle et la désadaptation brutale de la suppléance respiratoire. 									
	<p>L'infirmier(e) classe les différentes familles de médicaments permettant d'assurer la sédation et l'analgésie d'un patient de réanimation, décrit leur mode d'emploi et leurs antagonistes, et détaille les protocoles du service.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cite les principales familles d'analgésiques, connaît les médicaments utilisés dans l'unité et peut les classer: centraux morphiniques (morphine, sufentanyl, rémifentanyl...), centraux non morphiniques (néfopam, tramadol...), et périphériques (AINS, paracétamol...). • Cite les principaux médicaments de sédation utilisés dans l'unité : benzodiazépines (midazolam), propofol, barbituriques (thiopental), autres hypnotiques : neuroleptiques (halopéridol, dropéridol), etomidate, kétamine. • Connaît les différents modes de préparation ou d'administration des analgésiques et des sédatifs disponibles dans l'unité. 									
	<p>L'infirmier(e) nomme les indications, les moyens, les éléments de surveillance, les bénéfices et risques d'une curarisation.</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les indications et bénéfices sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ sécurisation de l'intubation ○ adaptation au respirateur (abolition de la ventilation spontanée) ○ diminution des pressions d'insufflation, de la pression abdominale, du frisson • Cite les curares utilisés dans son service. • La surveillance repose sur le monitoring par curamètre en cas d'utilisation prolongée. • Les risques sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ allergiques ○ l'hyperkaliémie pour la célocurine ○ les luxations lors des mobilisations par abolition complète du tonus musculaire ○ de sous-estimer les besoins en sédation associée ○ l'aggravation du risque de lésion de décubitus ○ de participer à la neuro-myopathie « de réanimation ». 									

6	Patient sédaté	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Aptitudes	L'infirmier(e) mobilise et utilise les moyens de communications adaptés à un patient sédaté et ventilé. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> ● utilise les outils de communication adaptés au patient en fonction de ses capacités physiques actuelles ; ● installe le patient pour optimiser la communication par ces outils (position assise, lunettes, lumière, diminution du bruit ambiant, accompagnement...). 									
	L'infirmier(e) évalue le niveau de sédation, de douleur et de la curarisation du patient à l'aide des scores du service. Ajuste les traitements en fonction des protocoles de service. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> ● évalue et ajuste régulièrement la sédation et l'analgésie conformément au protocole de service ; ● anticipe et planifie l'analgésie et la sédation lors d'un soin douloureux ; ● ajuste le débit de curare à l'objectif prescrit en fonction du monitoring. 									
	L'infirmier(e) instaure, évalue et ajuste les traitements non médicamenteux du patient algique ou anxieux. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> ● instaure et maintient autant que possible une communication verbale avec le patient ; ● instaure si nécessaire une communication non verbale avec le patient ; ● lui assure les moyens d'une bonne orientation temporo-spatiale ; ● accompagne les visites des proches et optimise les différents moyens de communication verbale ou non entre le patient et ses proches. 									
	L'infirmier(e) reconnaît les signes cliniques des effets secondaires de la sédation et choisit les moyens d'y remédier et alerte. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> ● est attentif(ve) à la survenue d'événements cliniques secondaires à la sédation (hypotension artérielle, apnée, globe vésical et troubles du transit), applique les traitements compensateurs d'urgence et alerte le médecin. 									
	L'infirmier(e) organise et participe à la prévention des complications liées au décubitus prolongé du patient sédaté. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) planifie et effectue, en collaboration avec les membres de l'équipe soignante : <ul style="list-style-type: none"> ● les mobilisations et changements de posture en assurant la sécurité du patient (prévention de l'extubation et des chutes) ; ● la prévention des lésions cutanées ; ● la prévention des déformations musculo-tendineuses. 									
	L'infirmier(e) aide la famille à communiquer avec le patient sédaté. GRILLE D'ÉVALUATION L'infirmier(e) : <ul style="list-style-type: none"> ● accompagne les proches pour les amener à utiliser les différents modes de communication (verbale, visuelle, physique, lecture...) ● propose aux proches de participer à certains soins (toilette, alimentation per os, certains gestes thérapeutiques...). 									

7	Patient polytraumatisé	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) décrit succinctement la physiopathologie des différentes lésions du polytraumatisé : crano-cérébrales, thoraciques, abdominales, osseuses.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière cite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les complications potentielles selon les organes atteints : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hémostatique : rate, foie, bassin et gros vaisseaux ○ Respiratoires : cage thoracique et contusion pulmonaire ○ Neurologiques : atteintes cérébrale et médullaire ○ Infectieuses : fractures ouvertes et rupture d'organe intra-abdominal • Les complications générales potentielles du polytraumatisme : <ul style="list-style-type: none"> ○ Risque d'évolution vers une défaillance multiviscérale ○ Risque infectieux • Le caractère évolutif des lésions qui peuvent entraîner une détresse immédiate (ex : hémorragie massive, pneumothorax suffocant) ou évoluer pendant plusieurs heures (ex : collection intracrânienne) ou jours (ex : contusions pulmonaires, plaie de rate ou foie) avant de poser des problèmes. 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les principes et les modalités d'accueil du patient polytraumatisé.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière souligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le caractère parfois très rapidement évolutif de l'état du patient, • le respect des règles majeures d'hygiène ou de prévention des complications malgré l'urgence, • la nécessité de réalisation d'un bilan complet biologique et radiologique dans un délai court, • le caractère spécifique de l'installation du polytraumatisé en fonction des lésions, • la nécessité particulière d'évaluer et de traiter la douleur. 									
	<p>L'infirmier(e) cite les principales lésions traumatiques pouvant engager le pronostic vital, leurs conséquences cliniques, et leur chronologie d'apparition.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière cite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension intra-crânienne : par lésion cérébrale parenchymateuse (œdème, contusion, hématome), ou par compression (hématome aigu sous- ou extradural, embarrure) • Défaillances respiratoires : rupture trachéo-bronchique, contusion pulmonaire, hémoro- ou pneumothorax, fracture du squelette thoracique, rupture de diaphragme entraînant une défaillance rapide • Autres lésions thoraciques avec défaillances hémodynamiques : tamponnade et rupture aortique, accompagnées de défaillance rapide • Plaies du foie ou de la rate avec choc hémorragique qui peut être secondaire • Plaie d'organe creux à l'origine d'une péritonite 									
	<p>L'infirmier(e) énumère les principales situations cliniques pouvant nécessiter une intervention (chirurgicale ou non) en urgence.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture de l'isthme de l'aorte • Autre plaie vasculaire • Fracture du bassin • Tamponnade • Pneumothorax suffocant, hémothorax compressif • Lésion expansive intracrânienne • Saignement intra-abdominal 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les principes de mobilisation et de soins d'hygiène et de confort du patient polytraumatisé en fonction des lésions potentielles ou avérées.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière décrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la nécessité de maintenir la tête dans l'axe du tronc ; • la mobilisation en monobloc ; • le maintien de l'alignement des membres ; • maintien et respect des immobilisations ; • la nécessité d'une analgésie efficace lors des mobilisations. 									
	<p>L'infirmier(e) nomme les risques de séquelles des traumatismes graves en fonction de leur siège</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>Les risques de séquelles sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séquelles neurologiques (déficit cognitif, sensitivomoteur, troubles comportementaux), • Autres séquelles fonctionnelles (insuffisance respiratoire, limitations physiques), • Douleurs séquellaires (thorax, bassin, membres), • Dépression post-traumatique • Conséquences sociales et affectives 									

7	Patient polytraumatisé	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Aptitudes	<p>L'infirmier(e) organise l'accueil d'un patient polytraumatisé et hiérarchise les soins à dispenser dans un contexte d'urgence vitale (monitorage, bilan d'entrée, transfusion, imagerie et transport). GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • applique le protocole du service pour l'accueil d'un polytraumatisé ; • vérifie la disponibilité d'au moins une voie veineuse permettant un gros débit ou la met en place tout en assurant un bilan biologique conforme au protocole du service incluant un groupage sanguin en précisant le caractère urgent de la demande ; • met en alerte l'hémovigilance et le dépôt de sang ; • maintient le plus possible les précautions d'hygiène ; • s'assure de la disponibilité immédiate des dispositifs nécessaires au transport d'un patient sous suppléance de fonctions vitales ; • sait faire appel à un renfort d'autres personnels de soins quand la situation nécessite des gestes urgents simultanés. 									
	<p>L'infirmier(e) identifie les signes cliniques et para-cliniques de gravité immédiate et d'aggravation secondaire d'un polytraumatisé. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière adapte, en concertation avec l'équipe médicale, la surveillance en fonction des organes atteints pour détecter une aggravation neurologique, hémodynamique ou respiratoire chez un patient polytraumatisé. 									
	<p>L'infirmier(e) accomplit le nursing et la mobilisation d'un polytraumatisé. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière organise la disponibilité du personnel nécessaire pour maintenir les immobilisations lors des soins et des examens. • L'infirmière anticipe et module l'analgésie en fonction de la prescription médicale. 									
	<p>L'infirmier(e) accompagne la famille d'un polytraumatisé en tenant compte des lésions et de leurs risques de séquelles. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière participe à l'évaluation de l'impact des séquelles éventuelles sur le devenir du patient et de ses proches. 									
8	Nutrition du patient de réanimation									
Savoirs	<p>L'infirmier(e) souligne les besoins nutritionnels du patient « agressé » (présentant au moins une défaillance viscérale) en réanimation. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des apports nutritionnels correspondant aux besoins du patient permettent de réduire les risques infectieux, d'améliorer la cicatrisation et de préparer le sevrage de la ventilation mécanique et la convalescence. 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les signes d'intolérance de la nutrition entérale, les moyens de les détecter, de les prévenir et d'y remédier. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intolérance à la nutrition entérale, définie par la survenue de vomissements ou régurgitations en dehors des périodes de mobilisation et de soins, est détectée, selon les services, par la mesure du résidu gastrique. • La prévention et le traitement de l'intolérance à la nutrition entérale repose sur la position proclive et l'administration de prokinétiques. 									
	<p>L'infirmier(e) énumère les difficultés et les risques de la réalimentation orale après sevrage de la ventilation mécanique. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • La réalimentation orale après sevrage de la ventilation mécanique peut être contrariée par des troubles de la déglutition avec risques de fausses routes. 									
	<p>L'infirmier(e) cite les différentes voies d'administration de la nutrition, leurs avantages et inconvénients respectifs. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nutrition peut être administrée par voie orale, par voie entérale ou parentérale. • La nutrition entérale peut se faire par voie orogastrique, nasogastrique, gastrostomie ou jéjunostomie. • La voie orale est la plus physiologique mais ne peut être assurée chez le patient comateux ou sédaté, et est plus difficile à quantifier de façon fiable. • La voie entérale doit être privilégiée. Une sonde gastrique majore les troubles de déglutition. • La voie parentérale est bien tolérée, permet de garantir les apports nutritionnels, mais est source de complications infectieuses. 									
Aptitudes	<p>L'infirmier(e) accomplit l'administration des solutés de nutrition entérale ou parentérale utilisés dans son service. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prépare et pose les solutés de nutrition, et adapte leurs débits selon la prescription et le protocole en vigueur dans son service ; • prépare le matériel nécessaire à la pose et l'administration du soluté de nutrition. 									
	<p>L'infirmier(e) détecte les signes de complications liées aux dispositifs nécessaires à l'administration de la nutrition artificielle. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • détecte les obstructions et malpositions d'une sonde de nutrition entérale ; • détecte les obstructions et signes d'infection d'un cathéter de nutrition parentérale. 									
	<p>L'infirmier(e) anticipe et alerte sur une possible incapacité à garantir les objectifs nutritionnels prescrits. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prévient le médecin d'un arrêt de la nutrition lié à une complication ou un examen complémentaire ; • prévient le médecin d'une situation à risque particulier d'intolérance ou de complication de la nutrition. 									
	<p>L'infirmier(e) applique les techniques de rééducation de la déglutition. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fait appel aux professionnels concernés par la rééducation de la déglutition ; • participe à la rééducation de la déglutition de son patient. 									
	<p>L'infirmier(e) identifie les complications de la réalimentation orale chez un patient sevré de la ventilation mécanique. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • détecte les signes se rapportant à des troubles de la déglutition et des fausses routes ; • fait le lien entre la réalimentation orale et des difficultés respiratoires. 									

9	Installation et transport du patient de réanimation	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) justifie la préparation et la vérification d'une chambre en fonction de la pathologie. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière liste le matériel de base d'une chambre de réanimation selon la check liste de son service. • L'infirmière liste le matériel nécessaire en fonction des principales pathologies présentées par les patients admis dans son service (matelas, monitoring, matériel ou traitements de suppléance). • L'infirmière décrit la procédure d'isolement. 									
	<p>L'infirmier(e) détaille les procédures de transports extra- ou intra-hospitaliers de son établissement et de son service (modalités d'organisation, de soins, de surveillance, matériel nécessaire, équipe de transport, rôle de l'infirmière). GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modalités d'organisation du transport incluent la planification du transport en consensus avec les équipes médicales, paramédicales et techniques concernées, et la réunion des documents nécessaires aux différents intervenants. • Les modalités de soins incluent : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'information du patient et de ses proches, ○ la continuité des soins et de la surveillance en cours, ○ la préparation du matériel et du patient en fonction de l'examen ou de l'intervention prévus. • L'infirmière énumère le matériel spécifique au transport (scope, respirateur, bouteilles de gaz médicaux, ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle, pousses seringues, systèmes d'aspiration, valise d'urgence ou de transport). 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les risques liés au transport. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>Les risques liés au transport sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une dégradation de l'état du patient (variations hémodynamiques, obstruction des voies aériennes, majoration de la douleur, éveil, agitation) ; • un dysfonctionnement du matériel (batterie absente ou non rechargée, absence ou insuffisance de réserve d'O₂, matériel inadapté à l'examen) ; • un retrait ou une déconnection accidentels de dispositifs invasifs (sonde d'intubation, cathéters). 									
Aptitudes	<p>L'infirmier(e) prépare la chambre en fonction du patient et de ses pathologies. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmier(e) réunit le matériel nécessaire à la prise en charge du patient en fonction des pathologies présentées. 									
	<p>L'infirmier(e) s'assure du bon fonctionnement du matériel présent dans la chambre. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmier(e) vérifie le montage et le bon fonctionnement du matériel. 									
	<p>L'infirmier(e) prépare et utilise le matériel nécessaire au transport en fonction de l'état du patient, de l'examen ou de l'acte chirurgical. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmier(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérifie le montage et le bon fonctionnement du respirateur de transport ; • règle des alarmes du moniteur de transport selon le protocole du service ou la prescription médicale ; • sécurise les pansements et dispositifs invasifs ; • anticipe et planifie l'administration des traitements en cours et à venir : <ul style="list-style-type: none"> ○ perméabilité et disponibilité des voies veineuses ; ○ quantité suffisante des traitements pour le temps du transport et de l'examen ; 									
	<p>L'infirmier(e) adapte la surveillance et l'installation du patient au retour de l'examen ou de l'intervention en fonction des résultats de ceux-ci. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmier(e) s'informe des résultats de l'intervention ou de l'examen. 									
	<p>L'infirmier(e) prépare le patient en fonction du type d'examen ou d'acte chirurgical (préparation pour le bloc opératoire, le scanner, l'IRM, préparation pour l'angiographie, endoscopie digestive...). GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmier(e) prépare le patient selon les protocoles de son service en fonction du type d'examen ou d'intervention. 									

10	Le patient en fin de vie en réanimation	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmier(e) résume la législation française et les recommandations des sociétés savantes régissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les limitations des soins ○ Les arrêts des thérapeutiques ○ Les soins palliatifs <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cite le terme d'obstination déraisonnable (acharnement thérapeutique) et l'obligation de l'éviter. ● Connaît la possibilité de ne pas débiter, de ne pas escalader, voire d'arrêter les thérapeutiques. ● Cite les modalités de prise de décision (recueil des souhaits du patient, personne de confiance, collégialité, information du patient et des proches, transcription dans le dossier). ● Fait le lien entre les soins de réanimation et les soins palliatifs. 									
	<p>L'infirmier(e) identifie les risques de deuil pathologique après un décès en réanimation.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Souligne l'importance des besoins et des souhaits des proches, et propose des solutions pour limiter les risques de deuil pathologique. 									
	<p>L'infirmier(e) nomme les outils disponibles dans son service pour la mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les outils disponibles peuvent être le dossier médical, le dossier de soins, un document spécifique ou une procédure écrite. 									
	<p>L'infirmier(e) énumère les traitements médicamenteux ou non permettant de soulager la souffrance morale ou physique d'un patient en fin de vie.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmier(e) insiste sur l'importance de : <ul style="list-style-type: none"> ○ la continuité des soins de confort (installation, nursing, paroles, soutien psychologique : prendre soin de) ○ la mise en place d'une sédation et d'une analgésie adaptées et réévaluées ● Cite les différents médicaments possibles (morphiniques, benzodiazépines) et justifie l'utilisation de doses parfois élevées. 									
	<p>L'infirmier(e) liste les personnes ressources pouvant venir en aide aux proches d'un patient en fin de vie en réanimation.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les personnes ressources peuvent être les proches, les soignants, le psychologue, les représentants du culte ou des visiteurs bénévoles. 									
Aptitudes	<p>L'infirmier(e) participe, en collaboration avec un médecin, à l'annonce d'une évolution défavorable au patient ou à ses proches.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmier(e) participe systématiquement aux entretiens entre l'équipe soignante, le patient et ses proches ; se positionne en interlocuteur pour répondre à leurs besoins et les retransmettre à l'équipe. 									
	<p>L'infirmier(e) participe aux prises de décisions relatives à la fin de vie d'un patient.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmier(e) s'implique dans le processus décisionnel collégial en donnant les informations utiles à la prise de décision et en faisant part de sa réflexion. 									
	<p>L'infirmier(e) participe à l'arrêt d'un traitement de suppléance dans le cadre d'une décision collégiale.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmier(e) participe à la mise en œuvre de la prescription médicale. 									
	<p>L'infirmier(e) évalue et choisit, en concertation avec les différents intervenants, les mesures appropriées pour assurer le confort psychologique et physique du patient de réanimation en fin de vie ainsi que ses proches.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmier(e) assure la continuité des soins de confort, réévalue et adapte les besoins en sédation et analgésie, et participe au soutien psychologique du patient et de ses proches. 									
11	Le patient en situation de prélèvement multi-organes									
Savoirs	<p>L'infirmier(e) rappelle brièvement les bases physiopathologiques, la définition et les critères diagnostiques de la mort encéphalique.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La mort encéphalique est définie par l'association de critères cliniques et paracliniques : <ul style="list-style-type: none"> ○ la disparition de tous les réflexes du tronc cérébral, ○ une épreuve d'hypercapnie positive, ○ la constatation de 2 tracés EEG plat à 4 heures d'intervalle ou l'absence de perfusion cérébrale attestée par un angioscanner ou une artériographie. ● L'heure de diagnostic de la mort encéphalique définit l'heure de décès. 									
	<p>L'infirmier(e) décrit le rôle de l'équipe de coordination des prélèvements d'organes et de tissus.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'équipe de coordination comprend au moins une infirmière coordinatrice et un médecin dont les missions sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● vérifier la réalité de la mort encéphalique ; ● recueillir les données et documents nécessaires aux prélèvements d'organes et de tissus ; ● participer aux entretiens avec les proches et les accompagner pendant et après le don ; ● prendre en charge le défunt dans le contexte du don. 									
	<p>L'infirmier(e) décrit les signes cliniques et paracliniques liés à la mort encéphalique.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière cite les principales modifications physiologiques engendrées par la mort encéphalique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● polyurie ; ● instabilité hémodynamique ; ● perte de tous les réflexes rendant la surveillance neurologique inutile (l'existence de contractions musculaires étant encore possible). 									
Aptitude	<p>L'infirmier(e) travaille en collaboration avec la coordination hospitalière.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière transmet les données nécessaires à l'infirmière coordinatrice conformément au protocole. ● L'infirmière se renseigne sur l'organisation du prélèvement d'organes auprès de la coordination. 									
	<p>L'infirmier(e) accueille les proches d'un donneur potentiel, les accompagne au cours des différentes démarches, tente de répondre à leurs besoins et leurs interrogations en collaboration avec les différents intervenants.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière assiste aux différents entretiens et est présente dans la chambre auprès des proches. 									

12	Prévention du risque infectieux nosocomial chez le patient traité par ventilation mécanique	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmière rappelle succinctement la physiopathologie de la pneumopathie associée à la ventilation mécanique (PAVM) et précise l'intérêt de la ventilation non invasive dans leur prévention.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Les microinhalations sont le mécanisme principal en cause dans la physiopathologie des PAVM. Les principales mesures permettant de limiter le risque de microinhalations sont : <ul style="list-style-type: none"> La position semi-assise des patients ; La surveillance de la pression du ballonnet (fréquence et pression attendue) ; La technique des soins du carrefour oro-pharyngé utilisée dans l'unité ; Les mesures prises dans l'unité pour limiter la durée de la ventilation mécanique : arrêt séquentiel, protocole de sevrage. Les indications de VNI les plus susceptibles d'éviter l'intubation sont : BPCO, OAP. 									
	<p>L'infirmière cite les différents intervenants dans la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN, UHLIN, EOH, référents en hygiène).</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> nomme les référents médecins et IDE en hygiène de l'unité ; nomme le ou les médecins hygiénistes et le ou les IDE hygiénistes intervenant dans l'unité ; localise les différents documents de prévention proposés par le CLIN. 									
	<p>L'infirmière énumère les éléments cliniques de suspicion et les critères diagnostiques d'une PAVM.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Les moyens diagnostiques des PAVM sont les signes cliniques (fièvre, désaturation et aspects des sécrétions), la radiographie thoracique et la ou les techniques de prélèvement utilisées dans l'unité. 									
	<p>L'infirmière détaille les moyens de prévention des infections nosocomiales du patient ventilé (principes, modalités, précautions standard, différentes mesures d'isolement, utilisation des SHA, aspiration trachéale).</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> décrit les précautions standard et les précautions complémentaires contact (« isolement ») ; décrit la politique du service concernant les patients porteurs de germes multirésistants (quels germes, dépistage, précautions complémentaires contact (PCC, ex isolement)). 									
Aptitudes	<p>L'infirmière applique les mesures de prévention des infections nosocomiales et du personnel lors des soins du patient traité par ventilation mécanique.</p> <p>GRILLE D'EVALUATION</p> <p>L'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> utilise les SHA conformément aux indications. met en œuvre la technique d'aspiration trachéale avec les précautions d'asepsie utiles ; maintient le patient installé en position semi-assise ; surveille, reporte et alerte sur les modifications de la pression du ballonnet de la sonde d'intubation. 									

13	Compétences complémentaires de l'IDE de réanimation pédiatrique	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>L'infirmière cite les valeurs des constantes vitales et leur variation en fonction de l'âge de l'enfant. GRILLE D'EVALUATION L'infirmière rappelle les valeurs moyennes des constantes vitales et leur variabilité en fonction de l'âge de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> De 0 à 1 mois De 1 mois à 24 mois De 2 ans à 7 ans De 7 ans à 15 ans 									
	<p>L'infirmière décrit les modalités et la surveillance de la ventilation mécanique spécifiques à la pédiatrie. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Les différents types de respirateurs L'adaptation de la taille des tuyaux en fonction du poids de l'enfant Les modes de ventilation les plus utilisés en pédiatrie : pression contrôlée, haute fréquence, CPAP L'utilisation de capteurs de débit proximaux Les outils de surveillance (SaO₂, TcPO₂, TcPCO₂, EtCO₂) Les valeurs de surveillance spécifiques à la pédiatrie (risque particulier d'hyper oxie) Les voies d'intubations et les moyens de fixation des sondes 									
	<p>L'infirmière décrit les modalités et les techniques d'alimentation en fonction de l'âge et du terme des enfants. GRILLE D'EVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> les différents modes d'alimentation chez l'enfant sont : La tétée, la nutrition entérale gastrique continue, la nutrition entérale gastrique discontinue, la nutrition entérale à la tulipe, l'allaitement maternel. les spécificités de la nutrition entérale pédiatrique sont : la position proclive, le décubitus ventral, l'utilisation d'épaississant, la pose de la sonde gastrique, la gestion des résidus gastriques. 									
	<p>L'infirmière détaille les gestes d'urgence adaptés au poids et à l'âge de l'enfant. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>Les spécificités des gestes d'urgence chez l'enfant sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> 80% des ACR sont d'origine hypoxique. les bases de la gestion de l'ACR en pédiatrie : la priorité est à la désobstruction des voies aériennes et à l'apport d'oxygène par ventilation. les différentes techniques de MCE en fonction de l'âge : à 2 mains par encerclement du thorax chez le nouveau-né, à 2 doigts chez le nourrisson, à une main chez l'enfant puis à 2 mains chez le grand enfant. les différentes fréquences et pressions de ventilation au ballon auto-remplissable à valve unidirectionnelle (BAVU). l'utilisation de la valve de surpression chez le petit enfant. la nécessité d'adapter les posologies des drogues de réanimation au poids de l'enfant. 									
	<p>L'infirmière précise les posologies des médicaments en fonction du poids et de l'âge de l'enfant. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>La prescription doit légalement comporter :</p> <ul style="list-style-type: none"> le nom de l'enfant l'âge de l'enfant le poids le nom du médicament la posologie en mg /kg ou mg /m² la dilution à utiliser la durée de perfusion 									
	<p>L'infirmière reconnaît le développement psychomoteur et les acquisitions. GRILLE D'EVALUATION</p> <p>Les principales étapes du développement psychomoteur sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 à 4 mois <ul style="list-style-type: none"> Joue avec ses mains Tient sa nuque Suit du regard latéralement sur 180° 5 à 8 mois <ul style="list-style-type: none"> Première poussée dentaire Tient la position assise Passé un objet d'une main à l'autre Marche à quatre pattes 9 à 12 mois <ul style="list-style-type: none"> S'assoit seul Tient debout avec appui 1 an à 18 mois <ul style="list-style-type: none"> Marche seul entre 2 ans et 3 ans <ul style="list-style-type: none"> Propreté la nuit Demande à boire et à manger Phrases simples 2 à 3 mots Alimentation <ul style="list-style-type: none"> 0 à 1 mois <ul style="list-style-type: none"> 6 à 8 biberons/ 24h 2 mois à 6 mois <ul style="list-style-type: none"> 4 à 6 biberons/ 24h 6 mois à 1 an <ul style="list-style-type: none"> Diversification alimentaire Repas mixé 1 an <ul style="list-style-type: none"> Boit au verre Mange des petits morceaux 2 à 3 ans <ul style="list-style-type: none"> Veut manger seul Communication <ul style="list-style-type: none"> 1 à 3 mois <ul style="list-style-type: none"> Gazouille Sourire réponse 6 mois <ul style="list-style-type: none"> Orienté au son Distingue les visages familiers 9 mois <ul style="list-style-type: none"> Peur de l'étranger Détresse au départ de sa mère 15 mois <ul style="list-style-type: none"> montre du doigt ce qu'il désire 2 ans <ul style="list-style-type: none"> Obéit aux ordres simples 3 ans <ul style="list-style-type: none"> S'habille seul 									

	<p>L'infirmière cite les différentes échelles d'évaluation de la douleur adaptées à la pédiatrie. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière énumère les échelles utilisées et mentionne qu'elles sont dépendantes de l'âge et de la capacité de l'enfant à communiquer. ● Les échelles d'hétéro-évaluation sont à utiliser avant l'âge de 3 ans : <ul style="list-style-type: none"> ○ DAN (douleur aiguë du nouveau-né) douleur ponctuelle ; ○ EDIN (Echelle d'évaluation de la douleur et de l'inconfort en néonatalogie) douleur prolongée ; ○ Comfort scale. ● Les échelles d'auto-évaluation ne sont utilisables qu'à partir de l'âge de 3 ans : <ul style="list-style-type: none"> ○ Echelle des jetons (3 à 4 ans) ; ○ Echelles des visages (3 à 4 ans) ; ○ EVA verticale (6 à 7 ans) ; ○ Echelle numérique simple (vers 10 ans-collège). 								
	<p>L'infirmière énumère les méthodes non médicamenteuses de lutte contre la douleur chez l'enfant. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>Les méthodes non médicamenteuses de lutte contre la douleur chez l'enfant sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'utilisation des solutions sucrées jusqu'à 3 mois ; ● Les effets antalgiques de la mise au sein ; ● La distraction pour la prévention des douleurs provoquées ; ● Le peau à peau. 								
	<p>L'infirmière énumère les principales pathologies spécifiques à l'enfant en réanimation. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>Les pathologies médicales et chirurgicales découvertes après la naissance sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les pathologies cardiaques dépendantes du canal artériel ; ● Les pathologies liées à des troubles du métabolisme ou de l'immunité, les malformations cérébrales, pulmonaires, digestives ou rénales ; ● La mucoviscidose. 								
	<p>L'infirmière indique les spécificités pédiatriques de la réglementation en matière d'éthique, de droit de l'enfant et d'autorité parentale. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <p>L'infirmière rappelle les notions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Autorité parentale ; ● Consentement éclairé des parents ; ● Spécificité de la recherche clinique en pédiatrie ; ● Inscription sur liste de donneur volontaire à partir de 13 ans ; ● Charte de l'enfant hospitalisé ; ● Protection de l'enfance, problématique de la maltraitance. 								
	<p>L'infirmière commente les principales spécificités des soins et du matériel de réanimation en pédiatrie. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Notion de relation triangulaire patient/parents/soignants ; ● Nécessité de faire participer les parents aux soins ; ● Méthodes de prélèvements en micro-méthode, en capillaire, sur cathéter spécifiques aux patients de pédiatrie ; ● Différents types de cathéter spécifiques aux petits enfants (cathéters ombilicaux, cathéters épicutanéocaves). 								
	<p>L'infirmière décrit les contraintes de l'allaitement maternel liées à l'hospitalisation en réanimation. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière cite la possibilité : <ul style="list-style-type: none"> ○ de faire un don de lait au lactarium ; ○ de faire un don dirigé ; ○ de tirer son lait dans le service pour le donner à son enfant. ● L'infirmière rappelle les modalités de stockage de lait maternel en secteur hospitalier. 								
Aptitudes	<p>L'infirmière utilise le matériel et les techniques de soins spécifiques à la pédiatrie en adaptant à l'âge et au poids de l'enfant. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière choisit lors des soins et dans l'urgence le matériel en fonction du poids, de la taille et de l'âge de l'enfant. 								
	<p>L'infirmière adapte la surveillance des fonctions vitales des patients en fonction de leur âge et de leur poids. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière règle les alarmes du moniteur de surveillance et du respirateur en les adaptant à l'âge de l'enfant et à sa pathologie. ● L'infirmière utilise les moyens adaptés à la prévention du retrait accidentel des dispositifs invasifs. 								
	<p>L'infirmière vérifie une prescription médicale en fonction de l'âge et du poids de l'enfant. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière contrôle les prescriptions médicales en tenant compte de l'âge de l'enfant, de son poids et du protocole du service. 								
	<p>L'infirmière identifie la douleur chez l'enfant en adaptant les échelles de mesure. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière évalue, en choisissant l'échelle adaptée, la douleur avant et pendant les soins afin d'adapter la sédation et l'analgésie. 								
	<p>L'infirmière fait participer les parents aux soins de façon adaptée. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière restitue aux parents leur rôle en les faisant participer aux soins de base (nursing) dans la limite de leur volonté et de leur capacité. 								
	<p>L'infirmière participe à la gestion de l'anxiété et de la peur de l'enfant en situation de détresse vitale. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière communique en situation de détresse vitale en adaptant son discours et ses gestes en fonction de sa capacité de compréhension de l'enfant et de l'âge de ce dernier. 								
	<p>L'infirmière identifie les besoins nutritionnels et adapte les stratégies d'alimentation selon l'âge de l'enfant et son état clinique. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière met en place le mode d'alimentation avec le matériel adapté selon la prescription. ● L'infirmière évalue la tolérance digestive de l'enfant (résidus gastriques, transit, aspect des selles). 								
	<p>L'infirmière prend en compte l'éveil de l'enfant pour adapter ses soins. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière adapte ses soins auprès des patients en respectant les rythmes physiologiques spécifiques de l'enfant. 								
	<p>L'infirmière stimule l'éveil de l'enfant par l'apport d'éléments de distraction adaptés à l'âge de l'enfant et à son état clinique. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière intègre dans les soins des stimulations ludiques et d'éveil en fonction des capacités de l'enfant. 								
	<p>L'infirmière permet dans la mesure du possible l'application des rites religieux souhaités par les parents. GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'infirmière connaît les pratiques religieuses particulières aux enfants en fonction de la religion des parents. 								

14	Compétences complémentaires en pansements et drainages complexes	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Savoirs	<p>Décrit la fonction, l'installation et le positionnement des différents pansements et dispositifs de drainage :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ drains spiralés, ○ Mickulitz, ○ Kherr, ○ drains d'autotransfusion ○ drains pleuraux ○ drainage de LCR ○ pansements en pression négative ○ autres <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ lieux d'insertions possibles et rapports anatomiques ○ aspect et débit du recueil : nature, densité, couleur... ○ type de drainage : tubulaire, champs... ○ drainages déclives, aspiratifs, lavages, mesure de pression associée... ○ aspect local de la zone d'insertion ○ nécessité de la traçabilité 									
Aptitudes	<p>Applique les prescriptions et les protocoles pour l'installation du patient en fonction des pansements et des dispositifs de drainage mis en place:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ drains spiralés, ○ Mickulitz, ○ Kherr, ○ drains d'autotransfusion ○ drains pleuraux ○ drainage de LCR ○ pansements en pression négative ○ autres <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ prépare le matériel adapté au type de drainage ○ met en place le matériel et s'assure du fonctionnement ○ planifie et assure les surveillances nécessaires 									
	<p>Surveillance et alerte en cas d'anomalie :</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ positionne le matériel en tenant compte de l'installation du patient ○ quantifie les recueils horaires et cumulés ○ décrit la qualité des recueils : saignements, liquide digestif, pus... ○ apprécie les changements de nature du recueil ○ assure la surveillance clinique avec l'évolution du recueil 									
	<p>Entretien et traçabilité des dispositifs de recueil</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ planifie la réfection des pansements en accord avec les protocoles du service ○ informe, installe, prépare le patient et réalise la réfection du dispositif ○ utilise le protocole du service pour la surveillance biologique, cytologique et bactériologique du recueil ○ adapte les changements des équipements au volume recueilli et se conforme aux protocoles du service 									
	<p>Modalités d'ablation de ces dispositifs</p> <p>GRILLE D'ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ informe, installe et prépare le patient ○ réalise ou aide à l'ablation du dispositif ○ applique le protocole du service pour la surveillance bactériologique des dispositifs invasifs ○ assure la traçabilité terminale 									