

URGENCE EN SSPI : PLACE DE L'IADE ?

En l'absence d'exclusivité de compétences sur ce lieu d'exercice,
l'intérêt de la présence IADE s'inscrit dans le cadre de l'urgence.

Résumé:

Point de ralliement de tous les patients opérés, la SSPI est décrite comme la plaque tournante de l'anesthésie. Son personnel doit conserver une vigilance constante dans cette période de tous les dangers. La récupération des grandes fonctions vitales nécessite la mise en œuvre de tous les moyens de prévention des risques car si l'urgence vitale reste imprévue, elle n'en est pas moins imprévisible. Sa survenue exige une grande réactivité, résultante de la compétence. La spécificité de l'IADE peut-elle constituer une valeur ajoutée dans ce contexte ? Les déterminants de la compétence revêtent des interactions complexes entre pouvoir, savoir et vouloir, selon G. Le Boterf. Une part de ces mécanismes demeure implicite comme la construction du sentiment de sécurité. En effet, les liens entre compétence et confiance ou aptitude et attitude sont indéniables mais difficilement explicables. Au-delà de cette intrigue et sans pour autant remettre en cause la nécessaire présence de l'IADE, les entretiens semi-directifs semblent démontrer que les compétences spécifiques de l'IADE, au sein de la compétence collective, constituent un réel atout pour la sécurité du patient dans sa délicate phase de réveil. Cependant, la présence d'au moins un IADE en SSPI reste qu'une recommandation...

Mots-clefs :

SSPI, urgence vitale, IADE, compétence, gestion des risques.

Introduction :

Par définition légale, il existe autant de salles de réveil que de blocs opératoires et autant d'organisations différentes, variables en fonction des structures. Néanmoins une constante reste indéniable : le contexte de ce lieu d'exercice est très spécifique. En effet, qualifié de « parent

pauvre de l'anesthésie », souvent fuit pour sa pénibilité, il n'en reste pas moins le lieu « d'atterrissage » obligatoire de tous patients. Ces derniers, tout juste sortis de salle et fréquemment encore intubés, sont accueillis dans un turn-over d'hyperactivité pour une période à hauts risques dans l'attente « de la récupération des grandes

fonctions vitales ». La probabilité de survenue d'une urgence vitale est donc très grande. Cette situation de danger imminent pour le patient nécessite alors à la fois prévention des risques et mise en œuvre des « bons réflexes ».

D'un point de vue plus introspectif, une réflexion se pose sur le sentiment de sécurité dans ce contexte et sur les facteurs qui le déterminent. Afin d'étayer l'orientation donnée à ce travail, l'opinion des professionnels a été recueillie par le biais d'une enquête préliminaire. L'issue de cette dernière a permis d'établir une problématique sur la place de l'IADE en SSPI et la plus-value qu'il serait susceptible d'y apporter, en dépit de l'absence d'exclusivité de ses compétences sur cette unité d'anesthésie :

En quoi les compétences spécifiques de l'IADE en SSPI lui confèrent-elles la confiance nécessaire à une prise en charge de qualité de la situation d'urgence?

Au regard de ses spécificités, quel est l'intérêt de la place de l'IADE en SSPI en l'absence d'exclusivité de compétences sur ce lieu d'exercice? Quelle en serait la « plus value »?

Méthodologie :

En adéquation à cette problématique à double composante, l'objectif de la démarche de recherche était de comprendre d'une part, les liens qui s'établissent entre la compétence et le sentiment de sécurité; à travers la gestion des risques rapportée au contexte de la situation d'urgence vitale. Et d'autre part, d'identifier les ressources mobilisées lors d'une situation d'urgence en SSPI et de comprendre l'intérêt potentiel voire la plus-value de la présence de l'IADE en l'absence de son exclusivité d'exercice sur ce lieu.

Etayée sur la littérature, l'approche de cette l'étude a été établie sur les concepts de compétence et de gestion des risques ; dans le sillage des auteurs que sont James Reason pour sa théorie « du fromage suisse » et Guy Le Boterf, préféré notamment en vue de la structure de la grille d'analyse.

L'analyse en question s'est intéressée aux témoignages des professionnels infirmiers et infirmiers anesthésistes, recueillis par le biais d'entretiens semi-directifs. Le lieu de l'enquête a été sélectionné selon un critère principal: le travail en collaboration d'IDE et d'IADE. La SSPI étudiée bénéficiait donc de l'intervention de ces deux personnels. Ce choix se justifie par la nécessité des deux populations afin de mesurer « la plus-value » de la présence de

l'IADE sur ce lieu, au regard des complications potentielles en post-opératoire immédiat pouvant engendrer une détresse vitale. La dynamique de cette démarche n'étant pas quantitative mais qualitative, le nombre de personnes interrogées a été défini à deux par catégorie professionnelle.

L'enquête disposait pour support, d'un guide d'entretien élaboré sur les trois entités du concept de la compétence selon Guy LE BOTERF, *le savoir-agir, le pouvoir-agir, le vouloir-agir*. L'exploitation des résultats pouvant alors être réalisée sur la même structure d'un point de vue méthodologique, cette approche était intéressante. Par ailleurs, la gestion des risques, deuxième concept étudié, fait partie intégrante des compétences de l'IADE. Il fût alors plus constructif de laisser apparaître les notions relatives à ce thème dans le contenu des réponses aux questions formulées.

Enfin, l'objectif final de cette démarche à l'issue de l'analyse de confrontation des données était de proposer des éléments de réponse à la problématique formulée, voire de donner une nouvelle orientation à ce travail de recherche.

Résultats :

Les éléments de réponse ou pistes de réflexion abordées par les professionnels ont été mis en évidence à l'aide de deux grilles d'analyse différentes: une élaborée au regard de la compétence, mobilisant le schéma de ce concept et l'autre au regard de la qualité et gestion des risques, fondée sur les items du modèle de Reason.

Au regard du concept de compétence, les différents indicateurs retrouvés dans les entretiens étaient conformes au concept. Concernant la compétence collective, elle est apparue comme la meilleure réponse aux problématiques de la situation d'urgence en SSPI. Si la présence de l'IADE en SSPI constitue une sécurité, la place de l'IDE reste néanmoins un point d'ancrage de l'organisation de cette compétence collective. Cette dernière n'étant pas la somme des compétences individuelles mais plutôt la résultante d'une potentialisation de leurs effets qui ne va pas sans rappeler celle de l'association de certains agents anesthésiques ou antalgiques.

Au regard du concept de la gestion des risques, le fait que les compétences IADE apparaissent rapidement comme un élément de sécurité au sein des ressources humaines, peut s'expliquer par la formation d'IADE, dont la gestion des

risques est sans doute le plus grand fondement. Par ailleurs, les avantages que présentent les exercices de simulation en santé étaient mis en lumière à travers le discours des professionnels. Ce dispositif rencontrerait un impact sur le vouloir-agir, apportant ainsi des éléments de réponse à la première partie de la problématique.

Ainsi, la plus value du rôle de l'IADE dans la situation d'urgence en SSPI semblait s'articuler entre compétence collective et gestion des risques. En effet, l'IADE constituerait une chance supplémentaire pour le patient ; tant en amont de la survenue de l'urgence que par ses facultés d'anticipation et de rigueur qu'au cœur de l'action à travers le pouvoir-agir que ses compétences lui confèrent.

Enfin, il semblerait que l'IADE puisse même être un atout contre la monte.

Discussion :

Au terme de ce travail, il apparaît que l'intégration de l'IADE à l'équipe de SSPI améliore la compétence collective. Une nouvelle question pourrait-être soulevée: La loi sur la recommandation de la présence d'au moins un IADE en SSPI nécessite-telle une révision? En effet, si la place de l'IDE en SSPI reste incontestable, il n'en demeure pas moins surprenant que la présence d'au moins un IADE en SSPI

ne soit qu'une recommandation, au regard de la sécurisation qu'apportent les compétences IADE. La surveillance du patient encore intubé en salle de réveil ne diffère pourtant pas de celui de la salle d'intervention. En quoi son transfert en SSPI, qui plus est en vue d'une extubation, pourrait-il expliquer que sa prise en charge ne nécessite plus de l'exclusivité de compétences de l'IADE ? *« Le seul passage de la porte de la SSPI ne doit pas faire penser qu'il s'agit d'une surveillance hors compétences spécialisées »**. Le périodique *Oxymag*, présentait déjà un article sur la place de l'IADE en SSPI en 2005.

Bien d'autres pistes de travail pourraient être envisagées, dont deux plus particulièrement:

-la gestion des risques abordée en SSPI pour la période post-opératoire aurait pu être travaillée en amont afin de déterminer par quels moyens, quelles stratégies de soins pré et peropératoires nous pouvons limiter les risques en SSPI.

-la simulation en santé, par les bénéfices qu'elle présente, mérite d'être promue pour être davantage développée dans une dynamique collective. Sa principale limite restant son coût : matériel et peut-être même en ressources humaines, dans un contexte financier contraint.

Conclusion :

Bien que la formation, complétée de l'expérience, restent les premiers édifices de la compétence, l'étude menée afin de comprendre les phénomènes concourant à une prise en charge de qualité de la situation d'urgence, démontre qu'ils comportent toujours une part d'implicite. Elle appartient à l'acteur « *la perception que j'en ai, immédiatement, j'ai du mal à verbaliser comment je me sens confiant.* » (VERBATIM-IADE 2 : 1. 434-435). Cependant l'hypothèse relative aux liens entre aptitude et attitude, compétence et confiance se révèle fondée notamment à travers les témoignages des professionnels.

A un questionnement centré sur l'individu, apparaît une réponse collective. Le travail parfois solitaire de l'IADE s'inscrit plus que jamais au sein d'un travail d'équipe. En effet, les ressources humaines et la compétence collective tendent à résoudre l'équation de la situation d'urgence ; notamment à travers l'adéquation des moyens aux besoins de la situation d'urgence, qui se révèle être une solution à l'urgence vitale, devenant alors relative. Cette situation tant redoutée est finalement définie par un dépassement des moyens. C'est sur ce point que l'anticipation et la gestion des risques prennent tout leur sens. A la réflexion, les deux constats les plus importants de ce

travail ne sont pas dénués de liens comme il semblerait au premier abord. En effet, la compétence collective apparaissant d'une part comme la meilleure réponse à la situation d'urgence selon cette étude, l'intérêt de la simulation est d'autre part particulièrement mis en évidence. Il semble alors incontournable d'associer ces deux idées en évoquant la dimension de la « simulation en équipe » qui permet de revisiter lors du débriefing toutes les composantes de la compétence. Par extension, la démarche qualité, dans laquelle s'inscrit la gestion des risques, revient à développer une culture d'amélioration continue du service rendu quelque soit le lieu d'exercice. Elle devient alors une valeur professionnelle au service du patient.

En synthèse, la notion de compétence collective permet d'accéder à la qualité des soins à travers la gestion des risques. Et si l'IADE peut constituer une ressource au sein d'une équipe, notamment en SSPI, son travail parfois solitaire sous certains aspects n'est pas pour autant individuel. Il prend tout son sens dans une dynamique de groupe.

Bibliographie

*Coelho M-P et Mandet S., T. (2005), « L'IADE en salle de surveillance post-interventionnelle, l'expérience d'une équipe », *Oxymag*, n° 85, p. 8-9.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

- Nouveau Petit Robert (2009), Editions SEJER.

OUVRAGES SPÉCIALISÉS

- Jobert G. (2009), *Du management du travail*, Lyon ANACT.
- Le Boterf. Guy. (1999), *Ingénierie des compétences et évaluation des compétences*, Editions d'Organisation.
- Le Boterf. Guy. (1996), *Gestion des compétences*, Éditions d'Organisation.
- Le Boterf. Guy. (2006), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Éditions d'Organisation.
- Le Boterf. Guy. (2003), *Développer la compétence des professionnels*, Éditions d'Organisation.
- Le Boterf. Guy. (1994), *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange*, Éditions d'Organisation.
- Lorino P. (2000), *Méthodes et pratiques de la performance*, Editions d'organisation.

PÉRIODIQUES

- « Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement », *Manuel de certification HAS*, V 2014, p 59, fig1.
- Saint-Marc, T. (2005), « L'IADE en salle de surveillance post-interventionnelle, ce que disent les textes », *Oxymag*, n° 85, p. 4-9
- « Société Française d'Évaluation des Soins et des Technologies », *Courrier de la santé*, n°2, (1993).
- Wittorski, R. (2002), « Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives », *Soins Cadres*, n°41, p.38.

DOCUMENTS EN LIGNE

- ARS Ile de France., « Qualité et sécurité des soins », <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Qualite-et-Securite-des-Soins.81558.0.html>, consulté le (24/03/2015)
- Boeree CG., 1998, « Abraham MASLOW », <http://webpace.ship.edu/cgboer/maslow.html>, consulté le (20/03/2015)
- Institut-UPSA-douleur.org., « Douleur et Urgence », <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences/definition-de-l-urgence>, consulté le (20/01/2015)
- Le Boterf. Guy., « La mise en place d'une démarche compétente », <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/ANDCP.PDF>, consulté le (15/03/2015)
- Rapport de la HAS, 2012, « Simulation en Santé », http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf, p7, consulté le (10/03/2015)
- SFAR.org., « ASA Physical Status », <http://www.sfar.org/scores/asa.php>, consulté le (15/03/2015)
- SFAR.org., 2003 « Premières leçons de l'enquête « mortalité » Sfar-Inserm », http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca03/html/ca03_12/ca03_12.htm, consulté le (10/01/2015)
- SFAR.org., « Réveil de l'anesthésie générale », http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07_30/ca07_30.htm, consulté le (15/03/2015)
- SFAR.org., « Critères de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle », http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_22/99_22.htm, consulté le (15/03/2015)
- SFAR.org., « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières », http://www.sfar.org/_docs/articles/250-ce_uvih_court.pdf, consulté le (24/03/2015)
- SFMU.org., « l'IDE seul devant une situation de détresse médicale », http://www.sfm.org/upload/consensus/rfe_IDE1112.pdf, consulté le (15/03/2015)
- SNIA., « Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État », <http://www.sn timer.net/la-profession-diade.html>, consulté le (23/03/2015)

- Soins Infirmiers.com., « La salle de surveillance post interventionnelle: SSPI », http://www.soins-infirmiers.com/salle_surveillance_post_interventionnelle.php, consulté le (23/03/2015)
- Soins Infirmiers.com., « l'organisation des urgences », http://www.soins-infirmiers.com/organisation_des_urgences.php, consulté le (16/03/2015)
- Qualite-sécurité-des-soins.fr., « Management de la qualité et gestion des risques dans le domaine de la santé », <http://www.qualite-securite-soins.fr/se-documenter/sur-la-qualite-et-la-gestion-des-risques>, consulté le (10/03/2015)
- Wikipedia., « Échelle de Likert », http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89chelle_de_Likert, consulté le (10/01/2015)

TEXTES OFFICIELS

- Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, annexe I, référentiel d'activités, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026230199&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté (le 15/04/2015)
- Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, annexe III, référentiel de formation, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026230199&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté (le 15/04/2015)
- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la santé publique relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A2E68674FF7F1835B506E99B28277CCF.tpdila18v_2?cidTexte=JORFTEXT000000421679&dateTexte=20040808, consulté (le 15/04/2015)
- Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619626>, consulté (le 15/02/2015)

- Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, http://www.legifrance.com/affichTexte.do;jsessionid=11BC83F69EE901E8C1EFF32717D462BA.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000000640580&categorieLien=id, (consulté le 15/04/2015)
- Loi sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>, consulté le (10/03/2015)
- DHOS. CIRCULAIRE N°195/DHOS/O1/2003/du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11445.pdf, consulté le (08/02/2015)