

Un IADE au « déchoc » : réelle plus-value pour le patient ?

TCHEPAK Stéphane, promotion 2013-2015.

Résumé :

Mots clés :

- urgences
- infirmiers anesthésistes
- imprévus
- compétences

Les infirmiers anesthésistes, d'après leur arrêté de formation du 23 juillet 2012, possèdent les connaissances et les compétences leur permettant d'exercer au sein d'une structure médicale d'urgence et plus particulièrement au sein d'une salle d'accueil des urgences vitales. Cependant, au niveau national, très peu de ces services emploient ces infirmiers spécialisés. Ce travail a pour but de déterminer si la présence d'infirmiers anesthésistes lors de la préparation de cette salle d'urgence apporterait une plus-value pour le patient. Une enquête de type « instruction au sosie » auprès de quatre professionnels (infirmiers et infirmiers anesthésistes) a été réalisée. Les données recueillies, après une analyse qualitative, ont permis de déterminer que des infirmiers anesthésistes, exerçant en complémentarité avec des infirmiers, au sein de la salle d'accueil des urgences vitales, permettraient d'obtenir un gain de temps et une amélioration de la gestion des imprévus relatifs inhérents à la prise en charge du patient.

Abstract :

Key words:

- emergency
- nurse anesthetists
- unexpected events
- skills

Nurse anesthetists, according to the legislation of July 23, 2012, have the knowledge and skills enabling them to work in an emergency department and especially in a life-threatening emergency room situations. However, at national level, very few of these services employ these specialized nurses. This work aims to determine whether the presence of nurse anesthetists during preparation of this emergency room would bring added value for the patient. "Interview to the double" method was used with two nurses and two nurse anesthetists. Qualitative analysis of the data collected suggests that nurse anesthetists, working along with nurses, in the life-threatening emergency room, provide time-saving and improved management of unexpected events arising during patient care. Future quantitative investigation into the exact benefits in terms of time-saving and an evaluation of how to improve the entire process of patient care management should be undertaken.

L'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) acquiert, lors de sa formation, les savoirs théoriques et pratiques inhérents à la prise en charge des patients présentant une détresse vitale. Il est stipulé dans son arrêté de formation [1] qu'il a, de par sa formation et son expertise, des aptitudes supplémentaires pour exercer au sein de différents services tels que le service des urgences.

Pourtant, il existe une divergence au niveau des recommandations des sociétés savantes. Selon la SFAR [2], cet infirmier spécialisé est : « le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave ». En revanche, dans une conférence d'experts de 2003 [3], ayant pour objet la gestion d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), il n'est pas mentionné.

En pratique, au niveau de la région Languedoc Roussillon, il n'existe que deux structures, sur l'ensemble des établissements publics, qui détachent des IADE du SMUR pour exercer au sein de la structure médicale d'urgences (SMU).

Face à ce constat, réaliser une étude, afin de déterminer si la présence de l'IADE au sein d'une SAUV pourrait apporter des bénéfices lors de la prise en charge des patients, est apparu opportun. Pour ce faire, nous avons centré cette recherche sur la préparation de cette salle en vue de l'accueil d'un patient dans le but de

répondre à une question : est-ce que les compétences de l'IADE dans la procédure de préparation d'une SAUV, peuvent apporter une réelle plus-value pour la prise en charge des patients dans cette unité?

Méthodologie :

Afin d'obtenir une étude objective, cette recherche multicentrique fut de type descriptif, basée sur des observations indirectes. Des données ont été recueillies en réalisant des entretiens, de type « instruction aux sosies » [4], qui ont été enregistrés puis retranscrits, auprès de quatre professionnels. Deux infirmiers (IDE A et B) exerçant au sein d'une SAUV, d'une SMU et deux IADE (IADE A et B) travaillant dans une SAUV d'un service de réanimation d'un CHU.

Afin de prendre en compte le facteur expérience, il y avait un novice (soignants B) et un expert (soignants A) au sein du groupe infirmier comme du groupe IADE.

Les résultats ont été obtenus grâce à une analyse de données de type transversale, qualitative et ayant comme cadre conceptuel les notions de compétence développées par Guy Le Boterf [5] et de gestion de l'imprévu selon Philippe Perrenoud [6].

Une analyse des données en deux temps a été réalisée. Un calcul d'indicateurs

langagiers, préalablement choisis, fut effectué puis, le sens du discours des différentes personnes entretenues a été étudié.

Résultats :

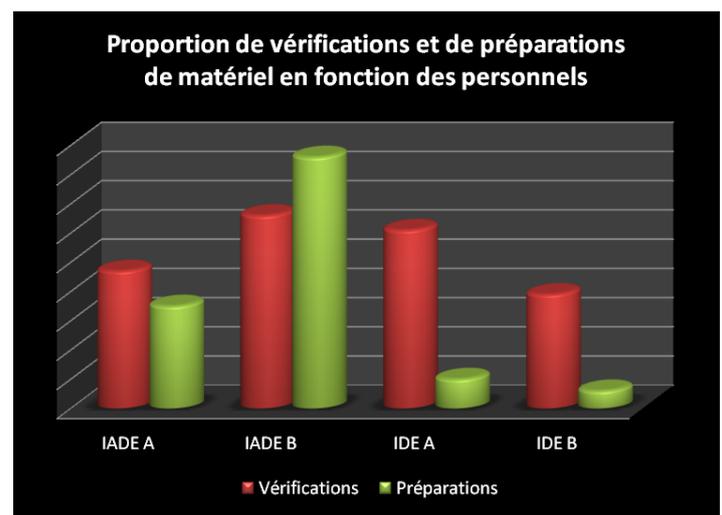
Certaines limites ont été rencontrées lors de la réalisation de cette recherche. En effet, les soignants ont parfois eu des difficultés à participer à des entretiens de type « instruction aux sosies ». Trois entretiens ont duré environ quinze minutes alors que celui de l'IADE B fut de trente minutes. Pour finir, même si il s'agit de professionnel exerçant tous au sein d'une SAUV, cette dernière se situe dans une SMU pour le groupe IDE et dans un service de réanimation pour le groupe IADE.

Chaque professionnel a présenté des compétences en termes d'anticipation et de gestion de l'imprévu dans la préparation de la SAUV. Il est apparu que les IADE préparent beaucoup plus de matériel lors de cet acte de soin que les IDE [Figure 1]. De plus, les IADE ont verbalisé beaucoup plus de notions concernant les stratégies de prise en charge et préparent la SAUV en fonction du patient qu'ils vont recevoir mais également en fonction de la pathologie suspectée. En ce qui concerne la vérification du matériel, les IADE comme les IDE l'effectuent mais parfois de façon

différente, citons par exemple la check-list du ventilateur.

Pour finir, les IDE vérifient certains matériels que les IADE n'ont pas verbalisé (boîte à aiguille, gants...). De la même façon, les IADE ont mentionné certaines vérifications qui sont absentes dans le discours des IDE (ceinture pelvienne...).

Figure 1 :



Discussion :

Les résultats obtenus permettent de mettre en avant certaines réponses qu'il faut appréhender en tenant compte des cadres et limites de l'étude.

Lors de la préparation de la SAUV, les IADE préparent beaucoup plus de matériel que les IDE. Ce fait a deux avantages. Toutes pannes ou dysfonctionnements éventuels pourront être décelés avant l'arrivée du patient et une solution de remplacement pourra être envisagée.

Le matériel sera donc prêt à être utilisé immédiatement et cela permettra un gain de temps indéniable dans une situation où chaque minute est primordiale.

La SAUV sera préparée de façon plus adaptée car les IADE prennent en compte, dans cet acte de soin, la pathologie que va présenter la personne qu'ils vont prendre en charge.

Ces différents points, qui permettent une meilleure gestion des imprévus, sont probablement dus aux compétences 1, 2 et 3 de l'IADE mentionnées dans leur arrêté de formation.

A la vue de ces résultats, nous pouvons donc conclure que la présence d'un IADE au sein d'une SAUV peut apporter un réel bénéfice au patient et diminuer les risques dont il pourrait être victime.

Enfin, comme l'IDE et l'IADE verbalisent dans leurs vérifications des matériels différents, il apparaît que l'IADE ne doit pas remplacer l'IDE au sein de la SAUV mais doit être intégré dans l'équipe afin de travailler en synergie et améliorer la compétence collective.

Conclusion :

Cette étude de l'activité réelle a permis de mettre en avant la plus-value que pourrait apporter la présence d'un IADE lors de la préparation de la SAUV.

Il serait nécessaire de réaliser différentes recherches afin de déterminer les bénéfices apportés par la présence de cet infirmier spécialisé à d'autres moments de la prise en charge, tel que : l'accueil du patient, son conditionnement, les relations avec ses proches....

De même, il serait important de se questionner sur la place que l'IADE pourrait prendre au sein de l'équipe des urgences. Serait-ce juste un rôle d'acteur de soin, un rôle dans la gestion des vigilances, un rôle de compagnonnage ou encore un rôle plus transversal.

En tenant compte des aspects économiques de notre système de santé, il faudrait réfléchir sur les bénéfices et les coûts engendrés par la présence d'un IADE au sein d'une SMU. Un des bénéfices envisagé serait, par exemple, la réalisation de transports intra-hospitaliers effectués par des IADE afin de libérer du temps médical.

Bibliographie

Articles

- Clot, Y. ; Faïta, D. ; Fernandez, G. ; Scheller, L. (2001) Entretiens en auto-confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Education permanente*. 146, p. 25
- Leplat J. et Hoc J.M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahier de psychologie cognitive*. No 3,1. pp 50
- [6] : Perrenoud, Ph. (1999), Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences. *Education Permanente*, no 140, 3, pp. 123-144

Ouvrages

- Benner P. (2003), *De Novice A Expert, Excellence En Soins Infirmiers*, Editions Elsevier-Masson
- Kant .E (1781), *Critique de la raison pure*. Traduit par Alain Renaut (2006) Editions Flammarion.
- Le Boterf G. (1995), *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*, Editions d'Organisations
- [5] : Le Boterf G. (2008), *Repenser la compétence*, Editions d'Organisations
- [4] : Oddone I., Re A., Briante G. (1981) *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail ?*, Paris, Editions sociales, trad. de l'italien par Ivano et Marie-Laure Barsotti, [Esperienza operaia, coscienza di classe et psicologia del lavoro, chez Giulio Einaudi, 1977],.
- Poullain I., Lespy F. (2002), *Gestion des risques. Guide pratique à l'usage des cadres de santé*, Editions Lamarre

Textes réglementaires

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier
- Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et l'orientation des services d'urgences
- Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire
- Décret no 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, paragraphe 1, structure des urgences
- [1] : Arrêté de formation du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste
- Circulaire du 13 août 1965, relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux
- Circulaire DH / DGS. - 90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences
- Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale

Documents en lignes

- Bril I. (2013), " Gestion des risques et responsabilité médicale dans les établissements publics de santé", *Revue française d'administration publique*, N° 147, p. 611-623, <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2013-3-page-611.htm>, consulté le 06/01/2015

- Brunet S., Schiffino N. (2012), "Chapitre 7. Évaluation et gestion des risques, in Catherine Fallon *et al.* Articuler risques, planification d'urgence et gestion de crise", De Boeck Supérieur, Crisis , <http://www.cairn.info/articuler-risques-planification-d-urgence-et-gesti---page-115.htm>, consulté le 10/11/2014

- Coulet J.-C., (2001), "La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences", *Le travail humain*, Vol. 74, <http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2011-1-page-1.htm>, consulté le 10/11/2014

- [2] : Dixneuf B., Balagny E., Chaumette F. et al, 1995 "Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (SFAR 1995)", Compétence et domaines d'activité, l'IADE et les services d'urgences.<http://www.sfar.org/article/7/recommandations-concernant-le-role-de-l-infirmier-anesthesiste-diplome-d-etat-etat-sfar-1995>, consulté le 22/11/2014

- Le Boterf G., 2002: "De quel concept de compétence avons-nous besoin?", soins cadres, n°41, <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>, consulté le 21/11/2014.

- [3] : Mardegan P., Maillard L., Babatasi C. et al, 2003. "Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (S.A.U.V)", Ressources humaines, page 5.<http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/sauv.pdf>consulté le 22/11/2014

- Marty J. (2009), "Gestion du risque en anesthésie et en réanimation", SFAR 2009, http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/med_B978-2-8101-0173-3.c0067.html, consulté le 03/01/2015

- Richard JF, (professeur de psychologie, Paris VII), "ANTICIPATION, *psychologie* », *Encyclopædia Universalis* [http/ : http://www.universalis.fr/encyclopedie/anticipation-psychologie/](http://www.universalis.fr/encyclopedie/anticipation-psychologie/) consulté le 28/03/2014

