

# **L'HOPITAL DANS LA NUIT**

**ROLES DE L'INFIRMIERE - ANESTHESISTE DANS  
LES SITUATIONS DE CRISE INTRA - HOSPITALIERES**

Annick DELPECH  
École d'infirmières - anesthésistes  
CHU Bordeaux  
Promotion 2004 - 2006

# INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, la politique de santé met l'accent sur la qualité des soins, la prise en charge globale des personnes soignées et la sécurité.

En tant que professionnelle de santé, nous avons été confrontés à quelques situations de soins dans lesquelles nos façons de faire et de fonctionner ont été remises en question (voire impossibles à mettre en œuvre) en raison d'un contexte institutionnel perturbé.

Notre attention a alors été attirée sur la difficulté à continuer à assurer la prise en charge des patients lorsque nous sortions du fonctionnement quotidien des services.

Notre priorité lors de ces situations particulières est d'assurer la sécurité des patients hospitalisés et la continuité des soins malgré un milieu **###hostile###**.

Dans ce cadre, lors de la formation d'IADE, l'accent est mis sur une culture de sécurité et de qualité des soins.

En effet, dans sa pratique quotidienne, l'IADE doit contribuer à la prise en charge des personnes soignées au cours de diverses situations (blocs opératoires, réanimation, urgence) et assurer leur sécurité.

D'où notre question de départ sur les rôles spécifiques de l'IADE lorsque l'hôpital traverse une situation de crise imprévisible ou que les capacités fonctionnelles de l'établissement sont brutalement dépassées.

## I - A PROPOS D'UNE SITUATION

### **1-1 L'incident et son contexte**

Dans cet établissement de santé privé MCO à but lucratif, l'activité ###Chirurgie### est centralisée sur un bâtiment de plusieurs étages.

Blocs opératoires, SSPI, soins intensifs et service de chirurgie lourde sont regroupés au premier étage. L'activité de ce plateau technique comprend chirurgie programmée et urgences chirurgicales et/ou obstétricales.

Jeudi 26 Juillet, 16 heures : Les blocs opératoires, la SSPI et les services d'hospitalisation sont en pleine activité, quand survient, brutalement, une coupure d'électricité . Elle est générale sur l'ensemble du bâtiment ###Chirurgie###.

Peu après avoir pris le relais, les groupes électrogènes lâchent à leur tour, d'où une deuxième coupure de courant.

Pour y faire face, le personnel de soins cherche des solutions en interne.

Tout d'abord, les équipes paramédicales veulent alerter les cadres soignants de garde sur l'établissement et le médecin anesthésiste responsable du service.

La tonalité téléphonique des bips d'alerte demeure inchangée.

Mais, les médecins et les cadres supérieurs ne rappellent pas les services.

Les lignes téléphoniques sont donc coupées, et nous ne pouvons ni émettre ni recevoir d'appels. Un membre de l'équipe de chaque service devra sortir de son unité pour donner l'alerte.

Les infirmières évaluent l'état de santé et les besoins spécifiques des patients présents dans leur service.

A ce moment là, aucun patient n'est intubé - ventilé. Mais, beaucoup bénéficient de traitements par pousse - seringues électriques.

Simultanément, les ressources potentiellement disponibles sont recensées.

Les appareils ###vitaux### pour les patients devraient être reliés à l'onduleur, qui peut fournir vingt à quarante minutes d'autonomie en fonction du nombre d'appareils qui y sont branchés. Mais, le sont -ils réellement ?

Les systèmes d'alerte - patients ne fonctionnent plus.

Les ascenseurs non plus, d'où une évacuation des patients impossible.

En attendant le retour du courant électrique, l'objectif de chaque équipe paramédicale est de poursuivre la surveillance clinique et paraclinique des patients.

Chaque étage d'hospitalisation conventionnelle dispose d'un scope de surveillance portable (PNI, ECG, SaO<sub>2</sub>). Le service biomédical peut prêter trois appareils supplémentaires. Ils sont répartis, en urgence, entre blocs, SSPI et soins intensifs.

Ce matériel de secours très insuffisant (8 appareils pour 15 patients) nous conduit à choisir les personnes qui en seront bénéficiaires. Mais, sur quels critères ?

Aucun médecin n'est alors présent pour guider ce choix en soins intensifs .

Cependant, en les branchant sur les patients, nous nous rendons compte que leurs batteries sont majoritairement vides.

L'équipe infirmière du service de soins intensifs veut alors un brassard à tension manuel pour chaque patient et exige que ceux des services d'hospitalisation conventionnelle lui soient apportés.

Les deux patients de chirurgie thoracique qui étaient au bloc opératoire ont été transféré en soins intensifs. Le geste chirurgical ayant été mené à son terme.

Pour prévenir le risque d'à coups aspiratifs au niveau de la plèvre, en accord avec les praticiens concernés, tous les drains thoraciques sont mis en siphonage sur l'ensemble du bâtiment ###Chirurgie###.

- A 19 heures : Le médecin - anesthésiste de garde décide d'évacuer le service de soins intensifs. Seules deux places sont disponibles en USIC (dans un autre bâtiment de l'établissement). Les ressources en places d'hospitalisation sont donc insuffisantes pour assurer la prise en charge de l'ensemble des patients de soins intensifs chirurgicaux. Les deux opérés du thorax juste sortis du bloc en seront bénéficiaires.

Il faudra pour cela les transférer dans une autre unité de soins. Mais, quel trajet emprunter ?

Habituellement, les transferts de patients sont assurés en passant par les sous-sols de l'établissement . Et ce selon les directives de la direction qui veut préserver l'image de marque de la clinique, en évitant que, dans le hall central reliant les 2 bâtiments d'hospitalisation, se croisent visiteurs, nouveaux patients entrants et malades alités.

A cette heure - ci, le personnel est réduit et personne ne peut quitter son service pour accompagner ces patients.

L'équipe d'USIC, prévenue de la situation, appréhende l'arrivée de ces patients inhabituels.

Il faudra expliquer le fonctionnement et la surveillance des drains thoraciques et faire des transmissions infirmières écrites et orales pour permettre la continuité des soins .

D'où une problématique de gestion du temps et de pénurie de personnels pour évacuer les patients, transmettre les informations nécessaires à leur prise en charge et à la continuité des soins et informer l'équipe de médecine sur des techniques de soins dont elle n'a qu'une connaissance théorique plus ou moins complète et lointaine.

## **1- 2 Intérêts et implications professionnels**

La formation conduisant au diplôme d'état d'infirmière - anesthésiste nous a montré que l'IADE, de par sa formation complémentaire spécifique, développe une culture de sécurité et de qualité dans des secteurs de soins spécialisés.

Dans ce cadre, l'IADE doit essayer de faire face, dans sa pratique quotidienne, à toute situation de crise réelle ou potentielle par l'emploi d'une démarche de gestion des risques.

Elle joue un rôle actif dans les démarches de gestion du matériel, de matériel - vigilance et d'encadrement du personnel paramédical (et des élèves) dans les services de soins en ce qui concerne ses domaines de compétences.

La recherche effectuée dans le cadre de ce travail de fin de formation vise à montrer l'importance de ces rôles spécifiques pour une prise en charge de qualité des personnes soignées. Et ce quelque soit le contexte d'exercice professionnel.

## **1- 3 Cheminement sur la question**

En effet, après avoir vécu cet incident, nous nous sommes interrogé sur les situations de crise et leur anticipation. Notre questionnement s'est plus particulièrement centré sur les rôles spécifiques de l'IADE au sein de divers services d'hospitalisation (hors blocs opératoires) dans ce contexte particulier.

Après avoir effectué une approche théorique (basée sur une revue de la littérature et des entretiens avec des experts) en ce qui concerne ces domaines, nous confronterons ce cadre à notre expérience professionnelle.

Puis, nous conclurons ce travail en envisageant quelques perspectives d'exercice en tant qu'IADE au sein d'une structure de soins.

## **II - APPROCHE THEORIQUE**

### **2 -1 Les situations de crise**

Après avoir vécu une situation de crise intra hospitalière, une démarche d'analyse des procédures et processus s'impose, car les dysfonctionnements techniques et matériels peuvent influencer la prise en charge infirmière des personnes soignées .

C'est pourquoi notre approche théorique de ce type de situation définira et caractérisera tout d'abord les situations de crise. Puis, comment gérer les risques pour y faire face, avant de rechercher s'il existe un rôle spécifique pour l'IADE dans ce contexte particulier.

#### **2 - 1-1 Définition des situations de crise**

Une situation de crise se définit comme une situation imprévue et exceptionnelle.

*« Une crise est la réalisation d'un événement qui menace les priorités et les missions d'une organisation ..... Elle peut résulter d'un processus cumulatif de dysfonctionnements ... » ( Ministère de la Santé et de la Protection sociale 2002 ).*

#### **2 - 1-2 Caractéristiques d'une situation de crise**

Une situation de crise présente un certain nombre de caractéristiques qui la rendent exceptionnelle et qui permettent d'évaluer sa gravité.

Les conditions de travail anormales entraînées par la situation influencent l'ambiance et l'environnement est rapidement dominé par l'insécurité, la panique et la pénurie.

Ce qui entraîne une désorganisation locale (voire loco- régionale), d'où nécessité d'une certaine autonomie des personnels présents dans et hors zone sinistrée.

La rareté des ressources humaines et matérielles oblige les équipes présentes à faire des choix en fonction des priorités thérapeutiques et des moyens disponibles et à adapter les techniques de soins au contexte.

Et ce par *«...inadéquation entre les besoins et les moyens pour la médicalisation des patients » ( Carpentier JP 2002 )*

Il faut aussi tenir compte du fait que les autres services peuvent eux aussi être concernés par l'événement et ne peuvent pas forcément apporter leur aide.

## **2 - 1-3 Impératifs en situation de crise**

Afin de pallier la désorganisation consécutive à une situation exceptionnelle, le législateur a rendu obligatoire l'élaboration de plans de gestion de crise au sein des établissements de santé.

Les objectifs de cette obligation législative sont de mettre en place un dispositif de veille et d'alerte au-delà de la gestion des risques et une organisation pour faire face à un incident grave ou un accident affectant les personnes ou les biens.

Ce qui permet aussi de prévenir l'aggravation de la crise par les aspects médiatiques de la situation.

Pour faire face aux perturbations engendrées par la situation de crise, les personnels soignants présents seront donc confrontés à certains impératifs.

Connaître les limites et évaluer l'ampleur du sinistre permet de déterminer les risques d'évolution et de répercussions dans la prise en charge des patients et de mettre en place des moyens adaptés pour pouvoir poursuivre leur médicalisation.

Car il faut « ... établir l'ordre de priorités des urgences et passer d'une médecine individuelle à une médecine de masse ... » (Carpentier JP 2002).

Les priorités de traitement, de surveillance rapprochée et/ou d'évacuation hors de la zone sinistrée seront assignées sous la responsabilité d'un médecin.

Les équipes infirmières (particulièrement les IADES) auront un rôle primordial à jouer pour assurer tout au long de l'évacuation la continuité des soins et la surveillance du patient et permettre aux équipes réceptrices de connaître l'histoire du patient.

## **2 - 2 Comment gérer les risques ?**

## **2 - 2-1 Définition du risque**

*« ... Le risque correspond à un événement dont la survenue va compromettre ou entraver la réalisation des missions de l'établissement. Il peut s'agir d'un événement qui a un effet négatif direct ou indirect sur la qualité des soins dispensés ou qui porte atteinte à la sécurité des personnes ... » (ANAES 2003).*

Pour chaque patient, les risques sont définis par leur état de santé et leurs pathologies associées, la stratégie de prise en charge définie par l'équipe médicale et la mise en œuvre de cette stratégie par l'équipe paramédicale.

## **2 - 2-2 Caractéristiques de la gestion des risques**

Une démarche de gestion des risques se caractérise par l'identification, l'analyse, la classification, la hiérarchisation des événements et la mise en œuvre de plans d'action et de mesures préventives ou correctrices .

Pour les établissements de santé, le législateur a édicté des normes de fonctionnement réglementaires applicables à tous les types de structures :

*« Les moyens prévus .... doivent permettre de faire bénéficier le patient d'une surveillance clinique continue et d'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole d'anesthésie .... » (Décret n° 94 - 1050 du 5 décembre 1994).*

*« L'établissement dispose d'une distribution d'oxygène ..... Un éclairage de secours est prévu en cas de panne » (Décret n° 56-284 du 9 Mars 1956).*

## **2 - 2-3 Impératifs en démarche de gestion des risques**

Afin d'être pleinement opérationnelle, la démarche de gestion des risques suppose le respect d'un certain nombre d'impératifs :

- Définition et hiérarchisation d'objectifs selon le contexte et le domaine d'activités.

*« Les différentes catégories de risques sont dépendantes les unes des autres avec des effets en cascade possibles » (ANAES 2003)*

- Priorité donnée à la sécurité des personnes

*« Le cas de chaque patient pouvant requérir des compétences multiples et spécialisées qu'il est nécessaire d'identifier et de réunir dans un lieu et un délai contraint » (ANAES 2003)*

- Formation et information des personnels ainsi que leur encadrement

## **2 - 3 Quels rôles pour l'IADE ?**

### **2 - 3-1 Définition des rôles de l'IADE**

De par sa formation spécialisée, l'IADE doit, sous la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste - réanimateur :

- *« ... participer à la prise en charge des personnes soignées au cours des différents actes d'anesthésie et des situations de réanimation et d'urgence*
  - *assurer la continuité des soins et contribuer à la sécurité des personnes*
  - *participer à l'encadrement et à la formation des différents personnels de santé*
- ... » . (Arrêté du 17 Janvier 2002 Annexe 2)

Dans ce cadre, il lui revient de :

- réaliser les procédures de contrôles des sites d'anesthésie et de surveillance post - interventionnelle (Pression d'alimentation en fluides médicaux, bon fonctionnement des matériels nécessaires et des matériels de secours et présence des agents pharmacologiques)
- maîtriser les outils de gestion et d'organisation des soins en collaboration avec l'équipe soignante dans le cadre de la réanimation et des soins d'urgence
- participer, dans le cadre des urgences, à la prise en charge de tout patient présentant une détresse ou un traumatisme et effectuer la surveillance et les soins de ces patients au cours du transport.

### **2 - 3-2 Spécificités des rôles de l'IADE**

Dans le cadre de l'anticipation des risques, l'IADE exerce un rôle préventif, au niveau primaire de l'établissement, par ses connaissances spécifiques relatives aux moyens de fourniture aux services de soins des fluides et vide médicaux, eau et électricité (Circuits d'approvisionnement et personnes ressources) et aux dispositifs de suppléance, ainsi qu'aux conduites à tenir en cas de coupure de courant ou de rupture prévisibles d'approvisionnement.

Au niveau secondaire des unités de soins, l'IADE exerce une fonction d'expert de par ses connaissances relatives aux normes techniques de fonctionnement et aux matériels utilisés et de suppléance. Sa spécialisation légitime sa participation à l'élaboration et la mise en œuvre de procédures d'alerte et de conduite à tenir ainsi que son rôle d'encadrement et de formation des personnels paramédicaux et hôteliers de ces unités (Évaluation des connaissances spécifiques nécessaires aux postes, formation aux gestes de premiers secours ..... ).

En cas de survenue d'un incident indésirable, il lui appartiendra d'alerter ou faire alerter les praticiens et/ou la direction de l'établissement ainsi que les personnes - ressources dans le domaine concerné, en leur précisant le nombre et la gravité des patients concernés et les moyens disponibles et/ou mis en œuvre pour faire face à la situation. Dans ce contexte exceptionnel, l'IADE devra optimiser les bras et les ressources humaines disponibles (dans le cadre des compétences propres de chacun) pour assurer en priorité la ventilation des patients intubés - ventilés et l'administration des drogues ### sensibles### (telles que les amines pressives et les neuro - sédation).

### **2 - 3-3 Impératifs liés aux rôles spécifiques de l'IADE**

De par son rôle d'expertise, en (et hors) situation de crise, l'IADE se doit de chercher des réponses concrètes, réalistes et réalisables, dans ses domaines de compétences, aux questions suivantes :

- Quels sont les objectifs fondamentaux dans la prise en charge du patient ?
- Quelles sont les ressources qui permettent, aujourd'hui, de les atteindre ?
- Que se passerait-il si une de ces ressources faisait défaut ?
- Quelles sont les sources de risques pouvant les affecter ?
- Quels effets en cascade seraient déclenchés en cas de pénurie ?

Tout en prenant en compte simultanément les enjeux de sécurité des personnes, d'image de marque du service et/ou de l'établissement et d'adaptation des organisations

existantes.

D'où une exigence de prise en charge et de moyens à la fois de pointe et de proximité et une nécessité de s'adapter en permanence à la variabilité des situations. Ce qui doit permettre d'identifier et de réunir rapidement, dans un lieu et un espace contraint, les compétences multiples et spécialisées nécessaires.

### **III - ANALYSE**

Dans le cadre de cette situation exceptionnelle et de la démarche de gestion des risques de l'établissement, nous analyserons ce qui s'est passé dans une perspective d'anticipation des incidents de fonctionnement et d'identification des rôles et participation spécifiques de l'IADE dans ce contexte.

#### **3 - 1 La situation relatée est - elle une situation de crise ?**

Lors de la situation relatée, nous avons été confrontés à un événement technique exceptionnel qui a porté atteinte au fonctionnement habituel des activités médicales et de soins de l'établissement et qui a mis en jeu la sécurité des patients et la responsabilité des acteurs.

En effet, les ressources nécessaires à chaque patient ne sont plus disponibles sur le plan technique et semblent insuffisantes sur le plan des ressources humaines.

Néanmoins, les normes de fonctionnement réglementaires sont majoritairement respectées. En effet, l'établissement dispose de systèmes de secours permettant d'assurer une continuité absolue dans la distribution des gaz médicaux et du courant électrique. Ce qui permet d'assurer la poursuite des soins en cours par des systèmes techniques . Mais, les capacités fonctionnelles de l'établissement furent compromises par l'impossibilité d'utiliser tous les appareils fonctionnant à l'électricité par défaillance des systèmes de suppléance.

Ce dysfonctionnement brutal et imprévu nous a confronté à des matériels de secours non fonctionnels et une alerte impossible auprès des médecins et personnels d'encadrement ainsi qu'à la nécessité de transférer les patients.

Le manque de connaissance des personnels impliqués dans la crise concernait l'efficacité des dispositifs de sécurité et de secours ainsi que le degré d'atteinte et les répercussions sur le fonctionnement de l'ensemble de l'établissement et la prise en charge des patients.

Les personnels des services appelés en renfort furent mis en difficulté faute de pratiquer de façon habituelle des prises en charge spécifiques chirurgicales.

Et la prise en charge ~~technique~~ des patients a dû être modifiée de façon imprévue. Ce qui pouvait mettre en jeu la sécurité et la vie des personnes soignées.

Tous ces éléments majoraient les risques d'aggravation de la situation.

### **3 - 2 Quelle gestion des risques pour ce type de situation ?**

Dans le cadre de la gestion des risques relatifs à la prise en charge des patients en chirurgie, nous envisagerons les différents matériels, connaissances et processus nécessaires en fonction des grandes fonctions vitales :

#### - Fonction respiratoire :

Le fonctionnement des ventilateurs est soumis à une alimentation électrique et à une alimentation en fluides médicaux.

Pour pallier une éventuelle coupure d'électricité, les ventilateurs doivent être branchés sur l'onduleur ( Prises identifiées par leur couleur rouge ).

Une information sur cette pratique doit être faite au nouveau personnel et des contrôles des pratiques faits à chaque utilisation sur un nouveau patient.

Ces appareils vitaux pour les patients seront, de préférence, dotés d'une batterie autonome et périodiquement vérifiée.

Vis-à-vis des ruptures d'approvisionnement en fluides médicaux, certains ventilateurs extraient l'oxygène de l'air ambiant ou peuvent être raccordés à des obus à oxygène.

En cas de non fonctionnement du ventilateur, il faudra immédiatement assurer la ventilation manuelle du patient.

Ce qui impose la présence d'un BAVU au pied du lit de chaque patient intubé - ventilé (en plus de celui du chariot d'urgence de l'unité de soins) et un personnel infirmier et / ou aide - soignant formé à cette technique en effectif suffisant.

Les drains thoraciques sont reliés au vide mural par l'intermédiaire d'une colonne de

Jeanneret. En cas d'anomalie de fonctionnement du système d'aspiration général de l'hôpital, les drains doivent être mis en siphonage sur prescription médicale et régulièrement traités.

Des pompes d'aspiration manuelle permettent d'assurer le dégagement en urgence des voies aériennes supérieures des patients si besoin. Ce matériel doit être présent au niveau des chariots d'urgence des unités de soins. Et le personnel infirmier formé leur utilisation .

#### - Fonction cardiovasculaire :

La surveillance monitorée des patients est tributaire de l'alimentation électrique.

Certains scopes disposent d'une batterie dont le niveau de charge et l'efficacité doivent être périodiquement vérifiés.

En cas de coupure de courant électrique, une surveillance peut être poursuivie manuellement en ce qui concerne la fréquence cardiaque et la pression artérielle.

C'est pourquoi il est indispensable de posséder au moins un appareil de mesure de la pression artérielle manuel au sein de chaque service de soins.

Une surveillance clinique du patient permettra d'apprécier son oxygénation.

L'administration de certaines drogues se fait par l'intermédiaire de pousse - seringues électriques. Certains disposent d'une batterie et d'un témoin de charge de celle - ci.

En cas de panne électrique, seront privilégiés, sur prescription médicale, les traitements cardiaques et de neuro-sédation. Ils seront délivrés en intra - veineux lents en poussant manuellement le piston des seringues.

Les défibrillateurs sont tous munis d'une batterie permettant la délivrance de plusieurs chocs. Il appartient au personnel des unités de soins dotées de ce type de matériel de veiller au branchement de l'appareil sur le secteur en dehors de toute utilisation et à son bon fonctionnement lorsqu'il est débranché.

La vérification du défibrillateur doit être une activité quotidienne au sein des services qui en sont dotés. Et la traçabilité de ce test doit être assurée par la personne l'ayant réalisée.

#### - Fonction d'élimination :

La fonction d'élimination est suppléée par les systèmes d'épuration de sang par circulation extra - corporelle. L'exemple type en est l'hémodialyse qui est vitale pour les

patients insuffisants rénaux chroniques. Certaines machines disposent d'une possibilité de restitution manuelle en cas de panne ou de coupure électrique.

#### - Fonction d'alerte

Les services **###sensibles###** devraient être, dans l'idéal, renforcés par des systèmes d'alerte indépendant du standard téléphonique central de l'établissement.

### **3 - 3 Les rôles spécifiques de l'IADE en situation de crise**

Vis-à-vis des situations de crise intra - hospitalière, l'IADE exerce des rôles spécifiques tant lors de la gestion de la crise qu'en anticipation de celles - ci.

Lors de la survenue d'un événement indésirable, le premier impératif de l'IADE sera de sécuriser pour prévenir une aggravation de la situation. Pour cela, elle collaborera avec le médecin anesthésiste et les équipes paramédicales pour identifier les patients à risque et hiérarchiser la prise en charge des personnes soignées.

Ses connaissances des matériels utilisés et de suppléance seront une ressource pour le personnel présent.

Tout en étant rassurant et en donnant l'impression de maîtriser la situation, l'IADE jouera un rôle primordial dans l'organisation des soins en diminuant les réactions de panique du personnel. Il (ou elle) désignera :

- en priorité :1 infirmière ou 1 aide - soignants par intubé - ventilé pour assurer la ventilation
- 1 infirmière ou 1 aide - soignante pour poursuivre la surveillance clinique et manuelle des paramètres vitaux des patients **###fragiles###**
- 1 ou 2 infirmières (en fonction du nombre de patients requérants) responsables de la poursuite de l'administration des traitements **###vitaux###**
- 1 personne pour brancarder avec le médecin anesthésiste en cas d'évacuation.

Avec les équipes médicales, d'encadrement et de direction, l'IADE organisera

le relais de la prise en charge des patients en toute sécurité, en fonction des compétences spécifiques et disponibilité de chacun.

L'IADE jouera donc un rôle actif dans la coordination des moyens mis en œuvre pour porter secours aux personnes prises en charge.

Pour cela, avec les médecins responsables, il veillera à la mise à jour des prescriptions médicamenteuses et à la faisabilité de leur exécution.

Ses contacts permanents avec les équipes paramédicales lui permettront de connaître l'état de santé des patients et leur évolution ainsi que leurs besoins spécifiques. Son exercice professionnel infirmier sera une aide pour répondre aux besoins de connaissance ou de renfort ponctuel des équipes soignantes.

En ayant recours au service biomédical, il lui sera possible de disposer de matériel de suppléance.

A distance de la crise, l'IADE collaborera activement à l'élaboration et à la mise en place de procédures d'alerte et de conduite à tenir (particulièrement en cas d'alarme de dysfonctionnement sur les fluides médicaux).

Il veillera à ce que les appareils disposant d'une batterie soient en permanence branchés sur le secteur électrique et celles - ci régulièrement testées.

En collaboration avec les cadres soignants des services de soins, l'IADE participera à l'encadrement des personnels vis-à-vis de la gestion des matériels de soins.

Il aura aussi un rôle primordial à jouer en ce qui concerne la formation du personnel paramédical et hôtelier vis-à-vis des procédures d'alerte et des conduites à tenir.

L'IADE sera une personne ressource pour les formations :

- aux gestes d'urgence en milieu hospitalier en collaboration avec les médecins anesthésistes ou urgentistes
  
- à l'utilisation des appareils de ventilation, de monitoring et d'hémodialyse en lien avec les médecins spécialisés et les services biomédicaux
  
- à la gestion des matériels de suppléance tels que les ventilateurs et scopes de transport. Ce qui inclut la traçabilité des vérifications quotidiennes du bon fonctionnement des appareils utilisés.

Il appartient aussi à l'IADE de sensibiliser le personnel de chaque unité de soins à la nécessité de surveiller le niveau de remplissage des obus d'oxygène et de les faire changer quand adéquat.

## CONCLUSION

Dans le cadre de ce travail de fin de formation, après avoir identifié une situation de crise, nous avons défini les moyens de gestion des risques pour y faire face. Ce qui nous a permis de mettre l'accent sur les rôles et fonctions spécifiques de l'IADE.

C'est pourquoi, à l'heure actuelle, il nous apparaît essentiel, lors de notre prochaine prise de fonction, de prendre rapidement connaissance de :

- l'organisation architecturale de l'établissement et de ses répercussions sur les circuits des patients dans les zones où nous travaillerons
- les procédures d'alerte et les conduites à tenir face à un incident technique pouvant perturber la prise en charge des personnes soignées
- les circuits d'approvisionnement des matériels couramment utilisés et des matériels de suppléance
- les modes d'emploi des différents matériels utilisés

Ce qui nous facilitera l'identification des personnes ressources en lien avec nos domaines de compétences.

Cette démarche d'investigation des ressources, contraintes et stratégies de fonctionnement doit nous permettre le développement d'un exercice professionnel spécialisé adapté aux caractéristiques de l'établissement de santé qui nous emploie. Dans un second temps, il serait intéressant de participer aux plans de formation internes

des personnels des unités de soins vis-à-vis des procédures, gestes et acteurs de l'urgence.

Ce qui permettra aux différentes équipes de nous reconnaître comme personne ressource pour la prise en charge des patients tant dans les services spécialisés en anesthésie - réanimation qu'en situation exceptionnelle.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **- Publications :**

- ANAES : «*Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé*» ANAES Janvier 2003 110 p

- CARPENTIER JP. : « *Nouveaux cahiers de l'infirmière . Soins infirmiers aux urgences et en réanimation* » Paris Masson 2002 291 p.

- DHOS : «*Sécurité sanitaire dans les établissements de santé - Réglementations applicables*» Éditions DHOS Février 2002 287 p

- POULAIN I. et LESPY F. : «*Gestion des risques : Guide pratique à l'usage des cadres de santé*» Éditions Lamarre 2002 139 p .

- SFAR : «*Recommandations concernant le rôle de l'IADE*» SFAR 1995

**- Textes législatifs :**

- République française . *Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmière - anesthésiste ( annexe 2 )* - NOR : MESPO220316A

J.O du 02 Février 2002

- République française . *Arrêté du 03 Octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.71243 et D.71247 du Code de Santé Publique*

- Ministère des affaires sociales,de la santé et de la ville . *Décret n°94 -1050 du 05 Décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie*

J.O du 8 Décembre 1994 p 17383 - 17385

- République française . *Décret n° 56-284 du 9 Mars 1956 ( Annexes VIII et IX relatives aux conditions techniques d'agrément des établissements d'hospitalisation de chirurgie )* publié au J.O du 25 Mars 1956 p 2848 à 2850

**- Documents sur Internet**

- DHOS : « *La gestion de la crise dans les établissements de santé,face aux risques exceptionnels* » Actes du colloque du 16 Décembre 2003

[ Référence du 26 Juillet 2004 ] Format PDF

Disponible sur [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/accueil.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/accueil.htm)

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale : «*Plan blanc et gestion de crise*  
- *Guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs des*

*établissements de santé* « Cellule de gestion des risques de la DHOS 2002 [ Référence du 19 Août 2004 ] Format PDF

Disponible sur [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/accueil.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/accueil.htm)

- SFAR : « Gestion des urgences intra - hospitalières« Conférence de consensus 18 Mai 2005 [ Référence du 30 Octobre 2005 ] Format PDF

Disponible sur [www.sfar.org](http://www.sfar.org)