

ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHRU DE MONTPELLIER

L'IADE au déchoc'

Rôle de l'infirmier anesthésiste en salle d'accueil
des urgences vitales



CARON Nicolas
Promotion 2006 / 2008

Remerciements :

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme VILLEGAS, qui a su me motiver et me conseiller, tout au long de ce parcours.

Merci à Marion, pour ses relectures et sa motivation.

Sommaire

Abréviations.....	3
Introduction.....	4
I. Situation d'appel.....	5
1) Question de départ.....	7
II. Phase exploratoire.....	7
1) Compétences et spécificités de l'IADE.....	7
2) Mission d'une SAUV.....	8
3) Compétences.....	9
4) Pré entretiens.....	10
III. Problématique.....	13
IV. Cadre contextuel.....	15
1) Les urgences en France.....	15
2) Qu'est ce qu'une SAUV.....	16
3) L'IADE et la SAUV.....	17
V. Cadre conceptuel.....	22
1) Le concept de compétence.....	22
2) Compétences individuelles.....	24
3) Compétences collectives.....	26
VI. L'IADE et la compétence.....	30
1) Rôle de l'IADE par rapport au contexte.....	30
2) Rôle de l'IADE par rapport au concept.....	31
VII. Cadre opératoire d'analyse.....	33
VIII. L'enquête.....	35
1) Choix du support de l'enquête.....	35
2) Objectifs des entretiens.....	35
3) Choix de la population.....	35
IX. Analyse des entretiens IDE.....	36
1) Comportements types et organisation pertinente.....	36
2) Formation et relation avec l'IDE.....	37
3) Rôle de l'IADE.....	39

X. **Analyse des entretiens IADE.....40**
 1) Rôle de l'IADE.....40
 2) Y'a-t'il un intérêt et pour qui ?.....42
 3) Rôle et travail d'équipe.....43

XI. **Conclusion de l'analyse des entretiens IADE/IDE.....44**

Conclusion.....45

Bibliographie.....47

Abréviations

AFNOR : Agence française de normalisation

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CSP : Code de la sante publique

EFS : Etablissement français du sang

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

IDE : Infirmier diplômé d'état

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

SFISI : Société française des infirmiers de soins intensifs

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SNIA : Syndicat national des infirmiers anesthésistes

SRLF : Société de réanimation en langue française

SSSM : Service de santé et de secours médical

Introduction

J'ai effectué ce travail au cours de mes études d'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE).

En effet, je devais produire un écrit dans le cadre d'un travail d'intérêt professionnel comme le stipule notre décret de formation.

Nous avions toute latitude pour choisir notre thème. C'était pour moi une occasion intéressante de pouvoir approfondir un sujet qui m'a interpellé.

J'ai choisi de travailler sur le thème de la réanimation et plus particulièrement sur celui de la prise en charge par l'IADE des patients en état grave et nécessitant des soins d'urgences.

C'était un thème qui me tenait à cœur, car je souhaitais orienter mon projet professionnel dans ce domaine.

Loin des stéréotypes des urgences à l'américaine, je voulais mieux comprendre les fonctions des différents acteurs, et savoir si l'IADE avait une place dans ce contexte et quelle pouvait-elle être. C'est pour cela que j'ai orienté mon travail d'intérêt professionnel sur la salle d'accueil des urgences vitale (SAUV).

Ce travail d'intérêt professionnel m'a permis de travailler sur un contexte d'accueil de patient en urgence, ainsi que sur des concepts de compétences individuelles et collectives, en abordant le travail en équipe.

Les entretiens avec des infirmiers et des infirmiers anesthésistes travaillant en salles d'urgences, m'ont permis de mieux cerner le rôle et la fonction d'un infirmier anesthésiste dans cette situation.

I. La situation d'appel :

Je suis rentré à l'institut de formation en soins infirmiers afin de travailler dans le domaine de la réanimation et de la médecine d'urgence.

Lors de mes études, j'ai pu découvrir plusieurs services de réanimations médicale ou chirurgicale et un service d'urgences disposant d'un service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR).

Mon parcours professionnel m'a permis de travailler au sein de services d'urgences d'un centre hospitalier universitaire (CHU) et de différentes structures privées, ainsi que des services de réanimations polyvalentes.

Lors de ces expériences, j'ai pu appréhender le travail d'accueil de patients dans des états critiques. La prise en charge de ces patients se faisait sur une version technique, avec des notions que je ne maîtrisais pas forcément, comme la ventilation sous respirateur, la sédation ou l'utilisation de certains produits.

Travaillant aux urgences, j'ai pu travailler dans des salles de déchoquage médicales. J'étais sur un versant technique de la prise en charge du patient. Cependant, les urgences chirurgicales étaient réservées aux infirmiers anesthésistes et aux médecins anesthésistes. Cette situation me conduit à m'interroger et je fis part de ma réflexion aux professionnels de santé présents.

Leurs réponses furent : comme le déchoquage chirurgicale était plus technique, avec des patients dans des états extrêmement critiques, les médecins anesthésiste-réanimateur et les IADE étaient plus « compétant » pour gérer la situation. De plus les patients étaient souvent dirigés vers le bloc opératoire par la suite, et donc une prise en charge par ces professionnels était plus adaptée.

En dehors de mon activité professionnelle, j'étais infirmier de Sapeurs-pompiers au sein d'un service de santé et de secours médical (SSSM).

Lors de différentes interventions réalisées pour la prise en charge de patients en état critique avec l'aide d'un service mobile d'urgences et de réanimation, j'ai pu observer les compétences techniques de cette prise en charge par un IADE. Je me suis demandé quelles

étaient les compétences et les connaissances qui me manquaient en tant qu'infirmier diplômé d'état (IDE), et ce que j'aurais pu faire si j'avais été IADE.

J'ai pu approfondir cette réflexion en suivant la formation du diplôme interuniversitaire d'infirmier de Sapeurs-pompiers volontaire réalisé avec le soutien de mon service départemental d'incendie et de secours. Lors de ce cursus, j'ai pu échanger avec des collègues IDE et IADE, mais aussi avec des cadres de santé et des médecins urgentistes ou anesthésistes travaillant dans le domaine de l'urgence. Notre réflexion portait sur les compétences requises pour pouvoir assurer au mieux une prise en charge optimale des patients nécessitant des soins de réanimation. Les médecins présents préféraient travailler sur des situations d'urgences vitales avec des IADE ou des IDE ayant de l'expérience car ils connaissaient les gestes et techniques à mettre en œuvre, et de fait, pouvaient mieux gérer le stress lié à l'intervention.

En me renseignant sur les connaissances et les compétences de l'IADE, j'ai pu constater qu'ils étaient formés entre autres aux techniques de réanimation et de médecine d'urgence. Malgré cela, la plupart des infirmiers en pré hospitalier ou aux urgences sont des IDE et non pas des IADE. Je me demande en quoi cela peut changer ou non la prise en charge d'un patient en état critique.

En rentrant à l'école des infirmiers anesthésistes, j'ai appris qu'un centre pour patient en état critique (Polytraum-center) ouvrira sur Montpellier et que des IADE ont intégré cette équipe. Ce centre est un plateau technique regroupant des spécialistes, du matériel, et des personnels formés. Le responsable d'un patient arrivant est le « trauma leader », médecin anesthésiste-réanimateur, exerçant en réanimation, avec pour le seconder, un interne, un IADE, un médecin urgentiste, un ou plusieurs infirmiers, et un aide-soignant. Je me suis demandé en quoi l'IADE avait fonction à être dans cette équipe pluridisciplinaire.

1) Question de départ :

Je me suis posé des questions suite à toutes ces situations rencontrées lors de ma pratique quotidienne sur le rôle de l'IADE dans des salles de déchoquages :

Y a-t-il un intérêt à avoir un IADE en salle de déchoquage ?

Y a-t-il un bénéfice pour le patient ?

Y a-t-il un bénéfice pour le médecin ?

Y a-t-il un intérêt pour l'équipe d'IDE ?

De ces questions, j'en ai constitué une, qui est ma question de départ :

Les compétences spécifiques de l'IADE sont elles un atout pour la prise en charge des patients arrivant en salle de déchoquage ?

II. Phase Exploratoire

1) Compétences et spécificités de l'IADE

Code de santé public (CSP) article R4311-12 relatif aux actes professionnels infirmier anesthésiste

Décret de formation des infirmiers anesthésistes et objectif de la formation de l'arrêté du 17 JANVIER 2002 relatif à la formation

- *Prise en charge des voies aériennes supérieures*
- *Connaissances des modes de ventilations*
- *Connaissances des sédations et habilitation à injecter*
- *Connaissances des thérapeutiques d'urgences*
- *Prise en charge des patients en situation d'urgence*
- *Prise en charge des patients en situation de réanimation*
- *Prise en charge pédiatrique*

Recommandation de la société française d'anesthésie réanimation (SFAR) pour les IADE de janvier 1995

- *L'IADE peut apporter un complément de compétence notamment en ce qui concerne la préparation et la maintenance des appareils de réanimation.*
- *Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de ventilation et de surveillance...), l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier.*

2) Mission d'une SAUV

Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) SFAR 2002, conférences d'expert

- *Le personnel médical et paramédical affectés à la SAUV doit avoir bénéficié d'une formation lui permettant de prendre en charge l'ensemble des situations menaçant le pronostic vital et doit donc maîtriser un ensemble de procédures techniques et thérapeutiques. De plus, tout personnel affecté à la SAUV doit avoir bénéficié d'une formation d'adaptation à l'emploi.*
- *« La présence d'IADE en réanimation, conjointement à des infirmiers diplômés d'État, n'est pas indispensable. L'IADE peut néanmoins apporter un complément de compétence notamment en ce qui concerne la préparation et la maintenance des appareils de réanimation, les gestes de première urgence en attendant l'arrivée du médecin, la participation à la mise en œuvre et à la surveillance des techniques d'analgésie [...].*

3) Compétences

J'ai cherché à en savoir plus sur les termes de compétence. C'est un concept qui possède plusieurs définitions et plusieurs auteurs ont tentés de répondre à cette question : Qu'est ce qu'une compétence ?

Je commence par la définition de l'Agence Française de Normalisation :

« La compétence est la *mise en œuvre, en situation professionnelle, de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité.*

Pour LE BOTERF, dans son ouvrage *Construire les compétences individuelles et collectives* paru en 2006, la compétence individuelle se constitue de 4 savoirs :

Savoir mobiliser : *il ne suffit pas de posséder des connaissances ou des capacités pour être compétent. Il faut savoir les mettre en œuvre quand il le faut et dans des circonstances appropriées*

Savoir combiner : *Le professionnel doit savoir sélectionner les éléments nécessaires dans le répertoire des ressources, les organiser et les employer, pour réaliser une activité professionnelle.*

Savoir transférer : *toutes compétences est transférable ou adaptable.*

Savoir faire éprouvé et reconnu : *la compétence suppose la mise à l'épreuve de la réalité.*

Pour Philippe PERRENOUD, professeur des universités à GENEVE

« Une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes »

J'ai lu d'autres définitions du concept de compétence, mais qui ont moins retenue mon attention dans ce contexte.

Je retiendrai la définition de l'AFNOR, ainsi que les explications de Guy LE BOTERF pour mon sujet.

4) Pré entretiens

Ces recherches m'ont permis de me poser d'autres questions et de pouvoir en discuter de façon informelle et formelle avec des médecins, des IADE, et des IDE lors de mes stages.

Voici 3 avis que j'analyserais ensuite pour ma question de recherche.

Avis d'un IADE d'un service de réanimation et déchoquage :

Les IADE sont les bienvenus dans les salles de déchoquage, mais pas indispensable. De part leurs études, ils sont aptes à prendre en charge un patient en état critique dans une salle de déchoquage. Ils connaissent les techniques d'anesthésie qui sont utiles lors des réanimations telles que l'intubation, la gestion des médicaments d'anesthésie, la surveillance d'un patient intubé ventilé, les paramètres de ventilation. Ils peuvent pratiquer un transport de patients intubé-ventilé dans différents secteurs, comme le service de radiologie (scanner), ou le bloc opératoire, sans avoir un interne avec eux, ce qui libère du temps de prise en charge pour le service.

De plus, les IADE permettent un gain de temps pour le réanimateur, car il peut leurs laisser une plus grande autonomie sur la gestion de certains actes, comme la ventilation, l'intubation et le transport.

Il ne faut pas oublier que l'IADE fonctionne dans une équipe pluridisciplinaire, avec plusieurs professionnels de santé, et que c'est un maillon de la chaîne pour une meilleure prise en charge.

Avis d'une infirmière de réanimation d'un CHU :

Les IADE n'ont pas de secteur propre à prendre en charge, ce qu'ils leur laissent la disponibilité nécessaire pour participer au déchoquage d'un patient qui peut arriver à n'importe quel moment du jour ou de la nuit. Une infirmière d'un secteur ne pourrait pas laisser son secteur pendant une heure ou deux, pour participer au déchoquage, car elle a des soins pour les autres patients.

De plus les IADE ont des compétences de réanimation que nous n'avons pas forcément, même si une IDE avec de l'expérience peut en faire beaucoup. Il faut cependant faire attention au glissement de tâches.

Les IADE ont aussi un rôle formateur par rapport aux nouvelles IDE. Ils sont opérationnels rapidement

Discussion avec un professeur d'anesthésie réanimation d'un CHU :

Un IADE est indispensable dans une structure accueillant des patients polytraumatisés, avec une équipe pluridisciplinaire à savoir : réanimateur, infirmier, aide soignant, manipulateur de radiologie, cadre, internes, chirurgiens.

La formation des IADE correspond à la prise en charge des urgences vitales et des patients en service de réanimation et donc en salle de déchoquage.

Ils sont indiqués dans le transport des patients intubés ventilés, la surveillance de ces patients en état critique et la gestion technique de la prise en charge de ces patients.

Analyse de ces premiers entretiens :

La notion de compétence ressort de ces entretiens. Les IADE auraient des compétences utiles pour prendre en charge ces patients. Ces compétences apparaissent surtout techniques, comme l'intubation, la gestion des techniques de ventilation, la gestion de médicaments d'anesthésie, etc.

De plus, les IADE peuvent effectuer le transport de patients intubés ventilés entre différents services, ce qui permet de soulager l'équipe infirmière en charge d'un secteur, ou d'un médecin (réanimateur ou interne) qui peut ainsi rester dans le service.

En rapprochant ces entretiens de l'approche théorique faite plus haut, l'IADE aurait aussi un rôle dans la préparation et la gestion d'une telle salle. Un peu comme une ouverture et une gestion de salle de bloc opératoire avec la feuille d'ouverture d'une salle d'opération (FOSO).

Une autre notion m'interpelle dans l'analyse de ces entretiens : l'équipe. Dans la prise en charge de ces patients, l'IADE n'est pas tout seul. Comme la rappelait le professeur d'anesthésie, c'est une prise en charge pluridisciplinaire, afin d'optimiser la qualité des soins au patient. Peut-être que l'IADE, outre son rôle technique, a aussi un rôle à jouer dans cette équipe pluridisciplinaire. Un rôle de formation, d'accompagnement, ou de gestion. Je pense que je devrais explorer cette notion dans la deuxième partie.

De ce travail, découle donc ma question de recherche :

En quoi les compétences de l'IADE peuvent, au sein d'une équipe, améliorer la prise en charge d'un patient en salle d'accueil des urgences vitales ?

Je développerai dans un premier temps, la notion de salle d'accueil des urgences vitales, ainsi que la fonction d'un IADE.

Dans un deuxième temps, je m'intéresserai au concept de compétence, qu'elles soient individuelles ou collectives.

III. Problématique

A travers mon expérience professionnelle, j'ai eu l'occasion de travailler dans des salles accueils des urgences vitales. Cependant, certains patients en détresse vitale, étaient pris en charge par des IADE.

Lorsque je suis entré en formation à l'école des Infirmier anesthésistes, j'ai eu l'occasion de me rendre compte que des IADE travaillaient en service de réanimation, et en SAUV.

De plus, je me suis aperçu que nous avons des cours sur la prise en charge des urgences vitales en milieu hospitalier et pré hospitalier.

Je me suis donc posé la question de départ qui suit :

Les compétences spécifiques de l'IADE sont elles un atout pour la prise en charge des patients arrivant en salle de déchoquage ?

En faisant des entretiens exploratoires avec des IADE, des IDE et des médecins réanimateurs travaillant dans la prise en charge de ces patients, je me suis aperçu que l'IADE avait un rôle à jouer dans cette prise en charge.

Cependant certaines structures fonctionnent sans IADE, dans la prise en charge de ces patients.

L'IADE a-t-il des compétences spécifiques pour travailler dans ses structures ?

Je me suis donc posé la question suivante, qui est ma question de recherche :

En quoi les compétences de l'IADE peuvent, au sein d'une équipe, améliorer la prise en charge d'un patient en salle d'accueil des urgences vitales ?

Cette question en appel d'autres :

- Qu'est ce qu'une salle de SAUV
- Qu'est ce que les compétences d'un IADE ?
- Qu'est ce que le travail d'équipe ?
- Qu'est ce qu'une prise en charge, et comment l'améliorer ?
- Quelles sont les compétences d'un IADE.
- Les compétences sont elles identique au bloc opératoire qu'en SAUV
- Qu'est ce qu'une équipe dans une salle de déchoquage ?
- Place de l'IADE dans cette équipe ?
- Quelle est la prise en charge par l'IADE d'un patient en salle de déchoquage ?

Pour ce travail, j'ai décidé de travaillé sur le contexte de la SAUV, et du travail en équipe. Je travaillerai, de plus, sur le concept de compétence, qui me parait indispensable pour essayer de répondre à la question de recherche.

IV. Cadre contextuel

1) Les urgences en France :

Contrairement à certains pays, notamment anglo-saxons, la France dispose d'équipes médicales se déplaçant au plus près de la victime afin de la prendre en charge.

Notre système de secours pré hospitalier repose principalement sur trois acteurs, à savoir, le service d'aide médical urgente (SAMU), les sapeurs-pompiers, et les ambulances privés.

Le SAMU a pour mission la régulation des appels départementaux arrivant au CRRA (centre de réception et de régulation des appels au 15), ainsi que de l'envoi de moyens adaptés et la coordination des services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR).

Le SAMU peut décider, en fonction de la situation, l'envoi d'ambulance privé juste pour assurer le transport, d'une équipe de sapeur pompiers pour assurer des gestes de secourismes et le transport, ou un vecteur médicalisé, que ce soit une équipe médicale du SMUR ou des sapeurs pompiers.

Il existe 105 SAMU en France (un par département et cinq départements en ont deux), regroupant 350 SMUR.

En France, les victimes présentant des détresses vitales sont donc médicalisées sur le lieu de la détresse. C'est ce que les anglo-saxons appellent « stay and play », alors qu'ils font du « scoop and run ».

Cette différence est fondamentale pour la prise en charge des victimes au sein du service des urgences. En effet, les patients ayant des détresses vitales sont déjà médicalisés et en général stabilisés lors de l'arrivée aux urgences. Il faut cependant une structure pouvant les accueillir avec des personnels formés à la gestion de ces patients. C'est ce que l'on appelle la salle d'accueil des urgences vitales.

2) Qu'est qu'une SAUV ?

Il y a peu de documents législatifs et de recommandation sur ce sujet.

D'après la conférence d'expert de 2002 émise par la SFAR et la société de réanimation en langue française (SRLF).

« La SAUV ou salle de déchoquage, est un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle. »

En France les urgences vitales sont estimés entre 3% et 8% des patients accueillis par le service des urgences, d'après une étude des médecins urgentiste des hôpitaux de Marseille, publié par le collège PACA de médecine d'urgence en avril 2007.

De plus cette conférence émet plusieurs recommandations pour l'organisation et la gestion de cette salle.

Cette SAUV n'est pas un lit de réanimation, ni d'hospitalisation.

Elle doit être ouverte 24h/24h et doit pouvoir accueillir des patients nécessitant des soins médicaux ou chirurgicaux.

Cette conférence d'expert prévoit bien que cette salle doit être intégré au service des urgences et non pas à la réanimation.

Cette situation géographique s'explique pour différentes raisons :

- Réduction des distance entre l'arrivé d'un patient et sa prise en charge dans cette salle.
- Proximité des services d'imagerie médicale, de bloc opératoire, et de réanimation.
- *« La décision d'admission d'un patient dans la SAUV est prise par le médecin du service des urgences, et, le cas échéant, par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences, le médecin du SMUR, ou le médecin régulateur du SAMU. »*

Cependant cette conférence préconise une collaboration étroite entre la SAUV et le service d'anesthésie réanimation, avec si besoin le renfort d'un médecin réanimateur dans la SAUV. Enfin, il doit y avoir des procédures ou des accords de fonctionnement (protocoles) entre les services de réanimation, le bloc opératoire et la SAUV.

Les recommandations de ces sociétés savantes diffèrent peu pour la prise en charge des urgences vitales pédiatriques, si ce n'est le matériel nécessaire à cette prise en charge.

3) L'IADE dans la SAUV.

Dans les recommandations de la SFAR, il n'est pas précisé, si cela doit être un IADE en salle de déchoquage. Cependant la SFAR recommande un IADE lors de la prise en charge ou le transport de patient étant dans un état grave.

« La présence d'IADE en réanimation, conjointement à des infirmiers diplômés d'État, n'est pas indispensable. L'IADE peut néanmoins apporter un complément de compétence notamment en ce qui concerne la préparation et la maintenance des appareils de réanimation, les gestes de première urgence en attendant l'arrivée du médecin, la participation à la mise en œuvre et à la surveillance des techniques d'analgésie, telles l'analgésie contrôlée par le patient (PCA) ou l'analgésie péridurale continue, et les transferts intra hospitaliers de patients en état grave. »

Pour le syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA), l'IADE a un rôle à jouer dans la prise en charge des patients en état grave dans des structures d'urgences et de réanimation.

« De par sa formation théorique et pratique, l'infirmier anesthésiste acquiert les connaissances et la maîtrise des gestes d'urgence et survie.

Il participe à l'accueil hospitalier des urgences en assurant des permanences sur place ou par astreintes à domicile. »

De plus le SNIA précise :

« L'infirmier anesthésiste apporte un complément de compétence et peut répondre aux situations d'urgence. Il occupe une fonction de référent pour les soins avancés. Il contribue à la formation des personnels soignants. Il initie l'élaboration de protocoles, de référentiels de soins. Il développe des procédures d'assurance qualité.

Il est habilité à assurer le transfert intra-hospitalier des malades lourds. »

Ainsi qu'avec les différents acteurs :

« La prise en charge d'un patient met en jeu de nombreux acteurs, chirurgiens, investigateurs, infirmiers de bloc opératoire...

Afin d'assurer la sécurité des patients, l'infirmier anesthésiste contribue à des relations efficaces et établit une communication constante avec toutes les personnes du site de travail. »

Dans l'ouvrage « Journée des Infirmiers Anesthésistes, d'urgence et de réanimation 2007, 49^{ème} congrès national de la SFAR », un article est paru, écrit par le service d'accueil des urgences de l'hôpital d'instruction des armées Ste ANNE de Toulon, précisant le rôle et la prise en charge des polytraumatisés en salle d'urgence vitale.

« La prise en charge en SAUV du traumatisé grave est un acte difficile, nécessitant une équipe pluridisciplinaire entraînée et un plateau technique performant. Le succès de cette prise en charge tient en grande partie dans l'organisation mise en place ».

L'organigramme de leur équipe de SAUV prévoit un réanimateur, responsable du patient et de l'équipe de SAUV, un IADE, un IDE et un aide soignant des urgences, ainsi qu'un chirurgien, un anesthésiste, un manipulateur en radiologie, et des internes (urgence, réanimation et chirurgie).

Les auteurs de cet article précisent le rôle important de l'organisation rigoureuse de cette équipe, avec une fiche de poste pour chaque intervenant où l'IADE a toute sa place en tant que professionnel compétant dans les gestes d'urgences et de survie des patients.

Par exemple dans la fiche de poste de l'IADE, on retrouve les tâches suivantes :

- *Préparation des médicaments d'urgence et d'anesthésie*
- *Préparation du respirateur et de l'accélérateur réchauffeur de perfusion*
- *Préparation de la voie centrale, préparation et pose d'une voie artérielle*
- *Gestion et traçabilité des transfusions (hémovigilance)*

De plus, dans un autre article, l'équipe du « pôle d'anesthésie réanimation chirurgicale, SAMU, du CHU de la Cavale Blanche à Brest » dans le même ouvrage, évoque les complications possibles lors des transferts intra hospitalier des patients en détresse vitale. Les auteurs rappellent qu'il existe plusieurs complications possibles et graves lors de ces transferts, et que l'équipe de la SAUV doit pouvoir accompagner le patient. Pour eux l'IADE est un professionnel formé et compétant pour ce rôle.

Aux 28^{ème} journées méditerranéennes d'anesthésie, réanimation, urgences, l'équipe d'anesthésie réanimation de l'hôpital d'instruction des armées de Toulon précise, dans son article sur le rôle de l'IADE pour l'accueil du polytraumatisé, la nécessité d'une équipe « multidisciplinaire » avec un rôle « pré établi et autonome », notamment pour l'IADE.

Cette équipe conclut son article de la façon suivante :

« L'IADE est donc devenu la cheville ouvrière pour l'accueil du polytraumatisé ; son rôle débute dès la conception de protocoles de prise en charge ».

Dans le même recueil des 28^{ème} journées méditerranéennes d'anesthésie, réanimation, urgences, un article écrit par le Dr KIENLEN et Mme ROUBY sur *Pourquoi un IADE en réanimation ? Le point de vue du médecin* précise que l'IADE a toute sa place en réanimation pour effectuer, entre autres, des soins d'urgence et de réanimation et les transports intra-hospitaliers de patients en état grave.

De plus « la formation de l'IADE précise (dans les objectifs de formation de la 2^{ème} année), que l'IADE doit être capable participer à l'accueil hospitalier des urgences ».

Dans le travail d'intérêt professionnel fait par Myriam AVEROUS-NOMDEDEU, IADE, en 2006 sur *IADE en réanimation : valeur ajoutée pour la prise en charge du patient ?*, elle interroge un médecin qui lui dit : « ... un polytraumatisé grave, il faut un personnel formé, qui a l'habitude... Je suis toujours étonné par la différence de prise en charge du patient par du personnel qualifié, et lorsque que l'on fait la même chose avec des infirmiers, ça va du simple au double... »

De plus, Myriam AVEROUS-NOMDEDEU, précise : « En majorité, les infirmiers aussi, reconnaissent la compétence de l'infirmier anesthésiste pour les soins d'urgences. Même si une infirmière affirme connaître les manœuvres de première urgence, un médecin admet que les infirmières les maîtrisent mal ».

Les IDE ont dans leur formation environ 80 heures consacrées à la réanimation, l'urgence, et surtout à la transfusion de produit sanguin labile. Ce qui est peu, pour la prise en charge de patients nécessitant des soins lourds de réanimation.

Certains établissements font du tutorat, ce qui est l'accompagnement dans un poste, du nouvel arrivant, par un collègue du même métier.

Cependant, on pourrait très bien envisager, une formation plus théorique de l'infirmier nouvellement arrivé dans le service, en plus d'un tutorat.

La société française des infirmiers en soins intensifs (SFISI), préconise une formation théorique, et pratique, et a de plus, mis en place une proposition de programme de formation :

Les bases de la formation s'articulent autour des chapitres suivants :

- ✓ *La fonction respiratoire*
- ✓ *La fonction cardio-circulatoire*
- ✓ *La fonction métabolique*
- ✓ *La fonction rénale*
- ✓ *La fonction neurologique*
- ✓ *L'hygiène en réanimation*
- ✓ *L'infection en réanimation*
- ✓ *La douleur en réanimation*
- ✓ *La pharmacologie appliquée à la réanimation*
- ✓ *Les greffes- les prélèvements d'organe – la législation*
- ✓ *Les particularités de la pédiatrie*
- ✓ *Les concepts d'hémovigilance, de pharmacovigilance et de matériovigilance*
- ✓ *Les transports en vue d'un transfert inter/intra hospitalier*
- ✓ *Les gestes d'urgences*

Il apparaît que tous les thèmes évoqués, sans exception, sont dans le programme de formation des infirmiers anesthésistes.

Dans le développement que la SFISI fait de ces items, on retrouve en détail et en plus alléger le programme de formation des IADE, tel que la prise en charge d'un SDRA, d'un asthme ou l'alimentation entérale et parentérale, mais aussi des notions de dialyse ou de drainage thoracique.

Les IADE ont les connaissances théoriques et pratiques, pour faire de la formation aux infirmiers arrivant nouvellement dans un service de réanimation et a fortiori en salle d'accueil des urgences vitales.

Le travail en équipe

En lisant les articles, nous pouvons observer que la notion d'équipe est importante dans la prise en charge de patients en salle de SAUV.

Pour Vincent DESCOMBES philosophe « *une équipe est un acteur collectif. On identifie en effet une équipe en donnant la liste de ses membres. Mais ce qui est collectif, c'est l'action de plusieurs individus, ce n'est pas le sujet de cette action.* »

R. MUCCHIELLI est Docteur en médecine et en lettre, et a travaillé pour le CNRS. Il précise que pour lui une équipe comporte 7 caractéristiques.

- *un petit nombre de personnes, gage d'efficacité*
- *une qualité du lien interpersonnel témoignant d'une acceptation et d'une volonté d'adhésion*
- *un engagement personnel dans une communauté d'action, une complémentarité*
- *une unité mentale et sociale*
- *une intentionnalité commune vers un objectif défini*
- *des contraintes acceptées relevant de la tactique, de la coordination, de la discipline*
- *une organisation des rôles et une distribution du travail*

Le travail en équipe est une des clés de voute du fonctionnement de l'hôpital. Le travail en équipe permet d'atteindre des objectifs qu'un individu seul ne pourrait atteindre, mais est aussi source de conflit.

Je n'aborderai pas ici le concept de travail d'équipe. Je le traiterais, plus tard, à travers le concept de compétences collectives.

Cadre conceptuel.

1) Le concept de compétence.

Nombre d'auteurs ont travaillé sur ce concept de compétence, et y travaillent encore. J'ai trouvé plusieurs approches de ce concept, avec des mises en œuvre sur le terrain plus ou moins facile.

A travers ce concept de compétence, je traiterai aussi les compétences liées à l'équipe de travail. Je voudrais faire le lien entre les compétences de l'IADE et le travail au sein d'une salle d'accueil d'urgence.

Une question se pose alors : Est-ce que l'IADE est compétent pour travailler en SAUV ?

Voici quelques définitions de la compétence :

1) Une des conceptions de la compétence est celle de la trilogie de Katz:

- Compétence conceptuelle

La compétence conceptuelle correspond à l'analyse, la compréhension et l'action de manière systémique.

- Compétence technique

La compétence technique est celle des méthodes, des procédures, des processus et des techniques d'une spécialité.

- Compétence humaine

La compétence humaine se développe au niveau des relations intra et interpersonnelles.

Ces 3 compétences, conceptuelle, technique et humaine, peuvent se traduire par savoir, savoir-faire, et savoir être.

Cette approche est un peu ancienne (1974), par rapport à celles d'autres auteurs qui ont travaillé sur cette notion, comme Guy LE BOTERF (2005), mais cette trilogie a l'avantage de pouvoir se traduire facilement sur le terrain pour analyser les compétences mis en place.

2) Marc de ROMAINVILLE propose la définition suivante des compétences.

Marc de ROMAINVILLE, est responsable du service de pédagogie des Facultés de Namur (Belgique)

Il oppose deux conceptions :

- a) « *Celle behavioriste, qui est synonyme de conduite, de comportements structurés en fonction d'un but, d'une action, d'une tâche spécifique et observable* »

Ceci peut être comparé aux protocoles infirmier, où l'infirmier doit pouvoir maîtriser les gestes techniques, mais toute l'action est définie par le protocole.

- b) Ou celle « *d'une potentialité intérieure, invisible, une capacité générative susceptible d'engendrer une infinité de conduites adéquates à une infinité de situations nouvelles* ».

Cet auteur oppose ces deux compétences

Je pense que dans une formation comme la nôtre d'infirmiers anesthésistes, et peut-être plus généralement les formations paramédicales, ces deux concepts peuvent être complémentaires, tant le nombre de procédures est important. Une fois ces premières compétences acquises, la formation peut mettre l'accent sur cette seconde notion.

3) Guy LE BOTERF

Guy LE BOTERF est Docteur d'Etat en Lettres et Sciences Humaines et Docteur d'Etat en Sociologie. Il s'est spécialisé dans la gestion et le développement des compétences.

Pour cet auteur la définition du concept de compétence est la suivante :

"La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés".

En lisant cet auteur, je pense que sa définition du concept de compétence est la plus adapté à ce travail.

Dans son livre *construire les compétences individuelles et collectives*, Guy LE BOTERF distingue les compétences individuelles, puis les compétences collectives.

Je vais approfondir ces deux notions de compétences individuelles et collectives.

2) Compétences individuelles

Pour Guy LE BOTERF, la compétence est l'activation de plusieurs savoirs.

Il distingue plusieurs types de savoir

savoirs théoriques	savoir comprendre, savoir interpréter
savoirs procéduraux	savoir comment procéder
savoir-faire procéduraux	savoir procéder, savoir opérer
savoir-faire expérientiels	savoir y faire, savoir se conduire
savoir-faire sociaux	savoir se comporter, savoir se conduire
savoir-faire cognitifs	savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre

Pour l'auteur, agir avec compétence c'est : un SAVOIR AGIR RECONNU

SAVOIR : des connaissances intellectuelles, des représentations

AGIR : des capacités à mettre en œuvre

RECONNU : socialisé, validé, inséré dans un exercice.

De plus dans son ouvrage « Construire les compétences individuelles et collective » l'auteur propose deux types de compétences distinctes :

- La « *compétence prescrite contraignante* », simple, procédurale, qui demande peu ou pas de réflexion, répétitive, de type Taylorienne.

Pour lui, cela s'applique à des situations à « haut risque », telles que l'aéronautique, le nucléaire, etc. L'anesthésie fait partie de ce domaine pour la gestion des risques, avec un nombre d'accidents proche de ceux de l'aéronautique.

Le savoir faire exécution est le degré le plus simple des compétences.

- La « *compétence prescrite ouverte* », nécessitant des initiatives, une anticipation, une réflexion et des innovations. Ce sont des situations de formation, d'étude, de recherche ou de conseil. La personne doit pouvoir gérer des problèmes dans l'instant. Ces situations sont complexes, et il faut pouvoir inventer, innover, anticiper.

Ces prescriptions ouvertes sont souvent des objectifs à atteindre. Comme tous les aléas ne peuvent être prévus, la liberté d'action et d'anticipation est de mise pour atteindre l'objectif fixé.

- La compétence réelle est dans l'interprétation. Un même mode opératoire peut être prescrit à deux individus, mais l'interprétation est propre à chaque opérateur. La compétence exige que dans les deux cas, l'objectif soit atteint.

Par exemple, on peut donner une façon d'opérer pour l'accueil d'un patient au bloc opératoire, en donnant une trame, mais la compétence de l'individu s'observera par sa capacité à s'adapter au patient et à innover dans la variété des situations.

Pour l'auteur, l'évolution des tâches prescrites appelle « *à un concept de la compétence qui sache se dégager de la conception taylorienne où elle avait pris naissance et dans laquelle elle était limitée à l'exécution stricte d'un mode opératoire.* »

Il y a donc, plusieurs façons de réaliser une même tâche avec compétence.

Dans le même ouvrage, Guy LE BOTERF explique qu'être compétent ce n'est pas seulement être capable d'effectuer une succession de tâches. On ne peut voir le terme de compétence que dans la globalité d'un objectif à atteindre. Si je me risque à une comparaison avec l'IADE, savoir perfuser, ventiler, intuber, etc., n'a jamais fait un IADE compétent. C'est dans la prise en charge globale du patient que l'on peut appréhender sa compétence.

« *La compétence d'un professionnel ne se limite pas aux ressources qu'il possède, mais de sa capacité à les combiner et à les mobiliser de façon pertinente dans un contexte particulier* ». Je pense que l'auteur veut démontrer que l'addition de savoirs ne fait pas une compétence. Il faut les lier, les intégrer, les articuler, afin de pouvoir gérer toutes les situations, à tout moment.

La compétence est définie par un « *processus* » et une « *disposition à agir* ».

3) Compétences collectives

Guy LE BOTERF écrit la phrase suivante :

« La compétence des équipes ne peut se réduire à la somme des compétences individuelles qui les composent. Elle dépend largement de la qualité des interactions qui s'établissent entre les compétences des individus. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif ».

Pour l'auteur les compétences collectives sont de la **coopération** entre individus compétents. Cela nécessite 3 notions :

Savoir coopérer :

- C'est la « *construction progressive et permanente de représentations partagées.* » Chaque individu à son cadre de référence propre, en fonction de sa formation, de son expérience, de son intérêt... Il faut que tous ces cadres de références convergentes vers une représentation commune du problème. Cela suppose de changer de point de vue et de modifier ses schémas de fonctionnement. Ceci permet de prévoir le comportement des autres, d'anticiper et donc d'agir en conséquence. Cela nécessite entre autre un langage en commun.
- L'auteur donne un exemple : le staff médical avant de choisir un traitement pour un patient. Plusieurs spécialistes se concertent pour choisir entre un traitement médical ou chirurgical, afin de trouver la meilleure solution pour le patient.
- *Formation mutuelle.* C'est la formation dans l'équipe par des individus de l'équipe. Les plus anciens au plus jeunes, celui qui a eu une formation aux autres, etc. Ce la peut –être pour nous, les seniors vers les internes, les IADE vers les IDE ou les IADE ayant de l'expérience dans le service avec des jeunes IADE sortis de leur formation.
- *Le retour d'expérience.* Pouvoir revenir sur un cas, en équipe, pour en discuter, évaluer la prise en charge. Cela permet à chacun de se former, et aussi de former l'équipe à travailler ensemble. C'est un apprentissage collectif, où le problème devient source de formation. Cela nécessite le plus souvent d'avoir un médiateur, et un temps institutionnalisé.

Pouvoir coopérer

- *Mise en place de micro organisation.* Cela permet de mettre en relation les compétences et l'organisation du travail. L'auteur met en garde cependant, en expliquant qu'il faut pouvoir changer régulièrement les membres de l'équipe afin de tomber dans une routine, sans se remettre en cause, et perdre les avantages du travail en équipe, ce qui diminuerait la compétence collective de l'équipe.
- *Mise en place de règles explicite de fonctionnement.* Qui fait quoi ? Ceci à pour objectif de favoriser la coopération en explicitant clairement quel est le rôle de chacun, sans pour autant nié l'autonomie de l'individu au sein de cette équipe.
- *Organisation de la relève, cela permet d'assurer la continuité et la cohérence de l'équipe.* Il faut donc nécessairement communiquer entre équipe et dans l'équipe.
- Par exemple, la relève entre la salle de déchoquage et le bloc opératoire, entre le service des urgences, et la salle de déchoquage, ou entre l'équipe de déchoquage de nuit et celle de jour.
- *Délégation de pouvoir.* Afin que chaque acteur soit autonome et prennent des initiatives. Ce n'est pas la négation du management ou du pouvoir. Je pense que l'auteur veut mettre en lumière que le rôle du manager (celui du réanimateur), est de coordonner les actions tout en laissant l'autonomie aux différents individus dans leur rôle. Cela pourrait être pour un IADE de sédater un patient sans que le réanimateur précise comment, ou demander à l'IDE de faire un bilan sans que soit précisé tous les examens à faire. Cela nécessite une anticipation et une bonne connaissance du travail dans cette équipe, des habitudes, et des protocoles.

Vouloir coopérer

- *Explication des enjeux par rapport auxquels l'action collective peut prendre un sens.*
- Cela peut amener du sens et de la motivation à l'ensemble des individus.
- *Facilitation des relations.* La coopération, n'est pas seulement, l'addition des compétences, il faut aussi une solidarité et une convivialité, entre les personnes. Ceci

peut être mis en place par une organisation de rituel, un temps de détente et d'échange après une situation de stress, ou délicate, avec toute l'équipe.

- Guy LE BOTERF, donne un exemple parlant, sur le sujet qui nous intéresse.

« Dans une équipe du SAMU, la connivence est celles des équipage vivant des situations à risque. Dans le véhicule, le fonctionnement s'effectue sur le mode d'une coopération rapide, sans discussion, utilisant le tutoiement, allant à l'essentiel ; mais au retour, ce sont les plaisanteries, les moqueries, la détente qui domine. Le ressourcement affectif est nécessaire à l'efficacité qui doit être maximum lorsqu'il s'agit de sauver une vie. »

- Je pense que cela se retrouve dans les situations d'urgences que l'on peut vivre dans une salle de déchoquage. Ceci devrait être organisé et incité par le management, afin de développer ces compétences collectives.

L'auteur reprend ces notions dans un tableau récapitulatif :

	Savoir coopérer	Pouvoir coopérer	Vouloir coopérer
Le management	Organiser des retours d'expériences.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gérer l'architecture des compétences ▪ Etablir des règles de fonctionnement collectif ▪ Faciliter la coopération par des dispositifs organisationnels ▪ Intégrer les nouvelles technologies ▪ Mettre en place un environnement matériel et spatial favorable. ▪ Manager les savoirs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire connaître et partager les enjeux collectifs ▪ Fixer des objectifs de performances collectives ▪ Evaluer les performances collectives ▪ Prendre les mesures d'accompagnement à l'atteinte des performances collectives.
Le système de formation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre une pédagogie adaptée ▪ Réaliser des formations actions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparer, utiliser et élaborer les savoirs collectifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la connaissance mutuelle
Les personnes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuer à la construction de représentations partagées ▪ Communiquer ▪ Utiliser les ressources de l'environnement ▪ Accepter et gérer les conflits 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'informer sur les enjeux et les partager ▪ Civilité, convivialité, solidarité

V. L'IADE et la compétence

1) Rôle de l'IADE par rapport au contexte.

Nous avons vu que l'IADE, de part le décret de formation, est formé à prendre en charge des patients en détresse vitale, dans les services mobile d'urgences et de réanimation (SMUR), et en service de réanimation.

De plus, on retrouve, dans l'organisation d'une prise en charge de patients en SAUV, une organisation commune avec la gestion d'un patient au bloc opératoire. En effet, la préparation de la salle opératoire, avec l'ouverture de salle, est identique à la SAUV, avec préparation et vérification du matériel, matériovigilance, traçabilité,...

Nous pouvons retrouver un certain nombre de préparations communes :

- Préparation du respirateur et du matériel de ventilation
- Préparation des médicaments d'urgence et d'anesthésie
- Préparation et vérification des appareils de réanimation (seringue électrique, réchauffeur de perfusion, Blood-pomp,...)
- Préparation pour la pose de voies veineuses centrales (VVC) et cathéter artériel
- Gestion des demandes de sang en lien avec l'établissement français du sang (EFS), et hémovigilance.

De plus, lors de la prise en charge du patient, il y a des analogies entre le bloc opératoire et la SAUV :

- Gestion du monitoring non invasif et invasif
- Protection de voies aériennes, et ventilation
- Gestion des paramètres du respirateur
- Induction et entretien de l'anesthésie
- Surveillance du patient, et des complications
- Aide à la pose de VVC et cathéters artériels

Nous voyons bien que par le décret de compétences et de formation, qu'un ensemble de savoir réaliser par l'IADE au bloc opératoire, se retrouve dans la prise en charge d'un patient en SAUV.

Mais ceci n'en fait pas une compétence, nous avons vu avec Guy LE BOTERF, que la compétence n'est pas seulement une addition de savoir.

2) Rôle de l'IADE par rapport au concept

Guy LE BOTERF précise qu'agir avec compétence, c'est un « *savoir, agir, reconnu* ».

Ce que nous avons énoncé ci-dessus, est un savoir.

L'IADE sait intuber, perfuser, connaît les médicaments d'urgence et ceux d'anesthésie, sait dépister les complications, etc. Ce sont les « *savoir* ».

Cependant, il doit les appliquer à bon escient, il doit pouvoir les mettre en œuvre au moment opportun. C'est l' « *Agir* ».

L'IADE, en travaillant en SAUV, doit prendre en compte le contexte de cette salle : la prise en charge urgente, la situation complexe, la gestion du patient dans sa globalité, la formation des autres personnels, et surtout, le travail en équipe. C'est le « *reconnu* ».

L'IADE, de part sa formation, est amené à effectuer des prises en charge de patient au sein de services d'urgences, de réanimations et de SMUR, mais aussi au bloc opératoire, avec des patients en détresse vitale : urgences viscérale, thoracique, neurochirurgicale, etc.

Cela lui permet d'appréhender les savoirs « *théoriques* », les savoirs « *agir* », et le savoir « *reconnu* » du travail en équipe.

L'une des notions très importantes pour l'IADE dans cette situation, c'est la compétence collective.

D'après Guy LE BOTERF :

« *La compétence des équipes ne peut se réduire à la somme des compétences individuelles qui les composent. Elle dépend largement de la qualité des interactions qui s'établissent entre les compétences des individus. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif* ».

Pour l'auteur c'est de la coopération et cela correspond à 3 notions :

Savoir coopérer :

Dans la formation de l'IADE, il y a le « *savoir coopérer* », au sein d'une équipe.

Pouvoir coopérer

Le « *pouvoir coopérer* » est indispensable dans une équipe de SAUV, cela correspond à la volonté des intervenants dans cette salle.

Vouloir coopérer

Le « *vouloir coopérer* », dépend énormément de chaque individu, de sa motivation à se retrouver dans un service, de sa perception de l'équipe...

A travers ce cadre contextuel et conceptuel, nous voyons bien que l'IADE a un rôle à jouer dans une salle d'accueil des urgences vitales.

Maintenant cela pose diverses questions, qui vont préparer l'entretien, par rapport au patient, à l'équipe et à l'IADE

Sous questions de recherche :

- Y a-t-il une modification de la prise en charge du patient s'il y a la présence d'un IADE ?
- Y a-t-il un bénéfice pour le patient ?
- Comment est vu le travail de l'IADE par l'équipe médicale, les infirmiers, les étudiants ?
- Comment travaille le binôme IADE/IDE en situation d'urgence vitale ?
- L'IADE en SAUV doit-il avoir des compétences spécifiques ?
- Y a-t-il une différence entre une SAUV dans un CHU et une SAUV dans centre hospitalier périphérique ?
- Quelle est la prise en charge d'un patient pendant les transports intra hospitalier ? La présence d'un IADE est elle souhaitable ?

VI. Cadre opératoire d'analyse

Les indicateurs du travail collectif sont d'après Guy LE BOTERF dans « *construire les compétences individuelles et collectives* » les suivants :

1) Construire, à partir de leurs représentations individuelles, des représentations partagées de problèmes à résoudre, des objectifs à traiter, des situations à atteindre.

2) Communiquer efficacement en utilisant un langage commun, en comprenant le langage des autres et en sachant se placer du point de vue d'autrui.

C'est-à-dire :

- savoir sélectionner et transmettre les informations pertinentes
- savoir échanger par le moyen d'un langage opératif, c'est à dire un langage opérationnel, avec des abréviations, des sigles, pouvoir lire entre les lignes, ou converser à demi mot. D'après l'auteur, cela permet de gagner du temps, d'éviter les commentaires ou les discrétions inutiles.
- savoir transmettre en temps opportun les informations pertinentes
- partager des informations dans des relations de confiance réciproque.

3) Disposer de comportements types permettant à chacun d'anticiper et d'évaluer le comportement et les actions des autres.

- gestes adressés
- attitude d'écoute
- postures, hauteur et portée de voix
- direction du regard
- schémas comportementaux

4) Mettre en place des organisations pertinentes et évolutives pour atteindre collectivement les résultats attendus aux diverses étapes du projet.

5) Mettre en place une répartition équitable de la charge de travail

Dans le cas de l'IADE dans une salle de SAUV, cela pourrait être représenté par le schéma suivant :

THEMES	QUESTIONS
Construire à partir des représentations individuelles	Quel rôle à l'IADE en SAUV? Quel objectif doit avoir l'IADE ? A-t-il un rôle de formation ?
Communiquer efficacement avec un langage commun	L'IADE reçoit-il des informations et de qui ? L'IADE transmet-il des informations ? A qui les transmet-il ? Comment les transmet-il ? Quand les transmet-il ?
Disposer de comportements types	Comment le rôle de l'IADE est-il défini dans cette salle ? Qui définit le rôle de l'IADE ? Est toujours le même, ou cela dépend t-il des réanimateurs ? A-t-il un rôle de coordination ?
Mettre en place des organisations pertinentes	L'IADE participe t-il à l'organisation de la salle de SAUV ? Y a-t-il des retours sur l'organisation ?
Répartition équitable de la charge de travail	

VII. L'enquête

1) Choix du support de l'enquête :

Pour cette enquête, j'ai choisi de faire des entretiens. En effet je cherche à connaître l'avis des personnes interrogés sur le rôle de l'IADE en SAUV.

Cela peut laisser plus de liberté à la personne interrogée pour s'exprimer, en particulier sur l'organisation de son service, et sur son ressenti.

Cependant, j'ai fait des entretiens semi directifs, car le sujet est large, et cela me permettra d'accéder mon entretien sur le sujet que j'explore, en recherchant des mots ou phrases clés.

2) Objectif des entretiens :

Ces entretiens ont pour objectifs :

- ✓ De cerner le rôle de l'IADE au sein d'une SAUV
- ✓ De connaître les relations entre les différents professionnels intervenant
- ✓ De savoir s'il y a un intérêt et pour qui, à avoir un IADE en SAUV

3) Choix de la population :

Pour ce travail j'ai choisi deux types de population, IADE et IDE.

En effet, je cherchais à connaître le ressenti des IDE qui ne travaillent pas avec des IADE en SAUV, pour savoir s'ils ressentent un manque, et si oui lequel.

Pour cela j'ai fait mes entretiens avec des IDE accueillant des patients en SAUV, sans IADE, dans un centre hospitalier de la région.

Je cherchais aussi, à connaître l'avis des IADE travaillant en SAUV, afin de connaître leur rôle, et savoir s'ils pensent qu'ils apportent un bénéfice, pour le patient, pour la structure, ou pour les médecins.

J'ai fait ces entretiens dans deux CHU hors de la région, ayant chacun des IADE en SAUV.

Je pense faire 3 à 4 entretiens de chaque population, en fonction des possibilités et disponibilités.

VIII. Analyse des entretiens IDE

1) Comportement type et organisation pertinente

Pour les IDE, la présence d'un IADE est pertinente pour la gestion du matériel et l'organisation de la salle de SAUV. En outre, d'après les IDE, il connaît les produits d'urgence.

Une infirmière dit « *l'IADE sait quel matériel il faut préparer et de quoi aura besoin le médecin pour le patient (intubation, médicament de réanimation), il anticipe* ».

Cette notion d'anticipation revient souvent lors des entretiens.

Les IDE font quand le médecin leurs demandent, mais ils pensent que l'IADE pourrait anticiper la demande du médecin, et préparer le matériel et les médicaments sans que le médecin lui prescrive tout dans le détail. Un autre IDE précise : « *On anticipe avec l'habitude, mais je sens que je suis toujours passive, je pense que l'IADE peut prendre plus d'initiative* ».

Plusieurs entretiens font ressortir le fait que les IDE avec de l'expérience connaissent par habitude les produits à préparer ainsi que le matériel, mais je pense que cela ressemble plus pour certains à du mimétisme, qu'à une réelle compréhension des produits utilisés, et du pourquoi de cette technique, ou de cette action.

Un jeune IDE lors de l'entretien, disait « *je sais que l'on fait de l'étomidate® et de la célocurine®, pour l'intubation mais je ne sais pas pourquoi il y a deux produits* ».

Un IDE ayant travaillé en réanimation, m'a précisé que lors des transferts de patient intubés au scanner, il y avait souvent un médecin avec eux, mais que « *cela réduit l'effectif aux urgences, un IADE pourrait le faire, ça libérerait un médecin* ».

Tous les IDE m'ont précisé qu'ils pensaient que l'IADE avait sa place en salle de SAUV ; mais pas sans IDE, « *il faut forcément les deux pour que cela fonctionne, il ne faut pas exclure l'IDE* ».

Notions inattendues

Personne lors de ces entretiens n'a fait mention de la loi, et du fait que l'IDE ne pouvait injecter certains médicaments.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique.

« Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. ».

Quelques IDE m'ont parlé du rôle du médecin anesthésiste réanimateur (MAR) de réanimation lors de la gestion de patients en état critique. *« Les MAR interviennent en salle de SAUV lorsque les patients nécessitent des soins de réanimation, en général les MAR travaillent avec un IADE au bloc, alors pourquoi pas en SAUV ».*

Enfin, personne n'a fait référence à l'ouverture de la salle de SAUV, au même titre que l'ouverture de la salle opératoire. Je pense que je retrouverai ça plutôt avec les entretiens des IADE.

2) Formation et relation avec l'IDE

Pour la majorité des IDE, l'IADE aurait un rôle de référent, et de conseil sur les situations d'urgences. *« Ce serait bien de pouvoir avoir des explications dans certains domaines, comme sur les respirateurs ou sur certains médicaments, mais en général on ne demande pas sur le moment car il faut se dépêcher, et ensuite, on repart dans le travail, et on oublie de demander ».*

Le seul IDE qui ne m'en a pas parlé, est un IDE avec de l'expérience. Je pense que la formation peut être un des rôles de l'IADE, en particulier auprès de jeunes IDE, ou d'IDE venant d'intégrer le service.

De plus, il ressort de ces entretiens que les IDE sont demandeurs d'informations et de formation comme la gestion des respirateurs, certains médicaments ou certaines prises en charge de patients.

« Les médecins sont souvent débordés avec l'activité que l'on a aux urgences, et ce serait intéressant d'avoir des petites informations sur certains points particuliers. L'IADE pourrait le faire dans son domaine (respirateur, intubation, arrêt cardiaque), comme l'IDE le fait sur d'autres choses comme la gestion d'un patient venant pour une tentative de suicide, ou la violence des familles aux urgences ».

Les IDE ont l'air favorable au fait qu'un IADE soit intégré à l'équipe des urgences, pour la gestion des patients en état critique, mais aussi ayant un rôle de formation.

C'est ce que nous avons vu dans le cadre contextuel concernant le rôle de l'IADE aux urgences d'après le SNIA :

« L'infirmier anesthésiste apporte un complément de compétence et peut répondre aux situations d'urgence. Il occupe une fonction de référent pour les soins avancés. Il contribue à la formation des personnels soignants. Il initie l'élaboration de protocoles, de référentiels de soins. Il développe des procédures d'assurance qualité. Il est habilité à assurer le transfert intra-hospitalier des malades lourds. »

Notions inattendues :

Au sujet du rôle de formation, je m'attendais à ce qu'apparaissent les notions de matériovigilance ou d'hémovigilance. Je pense que l'IADE peut être un acteur privilégié de ces vigilances, de part sa formation et son expérience dans des services de soins, et étant amené à transfuser régulièrement, et à gérer énormément de matériels.

De plus, tout infirmier arrivant au sein d'un service de soins d'urgence (réanimation, SMUR, service d'urgences), doit avoir un temps d'adaptation à l'emploi. Ce temps, qui n'est pas toujours mise en place, pourrait être géré et organisé par des IADE, avec l'appui du cadre de santé et les médecins du service, comme nous l'avons vu dans le cadre contextuel, sur la formation d'adaptation à l'emploi des infirmiers en réanimation.

3) Rôle de l'IADE

Pour les IDE, quelle est la représentation du rôle de l'IADE en SAUV ?

Un jeune médecin urgentiste présent lors de l'entretien avec un IDE m'a précisé qu'il trouvait « *cela bien de pouvoir partir avec un IADE en SMUR pour la gestion de certains médicaments ou techniques* ».

La moitié des IDE m'ont dit dans les entretiens qu'ils trouveraient cela rassurant d'avoir un IADE avec eux lors de la prise en charge d'urgences vitales. « *Ce serait rassurant d'avoir des IADE avec nous en salle de déchoquage* »

Les autres pensent qu'il « *ne trouvait pas cela rassurant, mais plutôt complémentaire et cela permettait de mieux prendre en charge le patient* ».

Au cours des entretiens, les IDE ont exprimé l'intérêt que l'IADE avait pour eux ou pour le médecin, mais pas directement pour le patient. Je pense que cela était sous jacent, et que le patient était toujours leur objectif, et que le fait d'avoir un IADE permettait d'être plus tranquille, et de travailler plus vite, donc d'être bénéfique pour le patient.

Je pense que l'IADE peut avoir un effet anxiolytique pour l'équipe. « *Cela nous permet d'être plus concentré sur le patient.* », « *il est formé aux techniques de réanimation et d'urgences.* », « *si on ne sait pas, on peut toujours lui demander* », « *il peut toujours nous donner un coup de main si on est débordé par le patient.* »

Notions inattendues

Au cours des entretiens, une notion revient régulièrement : la gestion de l'urgence et de technicien, mais j'ai été surpris de ne pas voir apparaître les autres fonctions que pourrait avoir l'IADE comme l'ouverture et la gestion administrative de la SAUV ou la coordination des différents acteurs.

Ces fonctions ont été évoquées par le SNIA (cf. cadre contextuel) : « *La prise en charge d'un patient met en jeu de nombreux acteurs, chirurgiens, investigateurs, infirmiers de bloc opératoire...*

Afin d'assurer la sécurité des patients, l'infirmier anesthésiste contribue à des relations efficaces et établit une communication constante avec toutes les personnes du site de travail. »

IX. Analyse des entretiens IADE

1) Rôle de l'IADE

Je me suis aperçu au cours des entretiens avec des IADE travaillant en SAUV, que ce ne sont pas tant les gestes techniques qui comptent (intubation, pose de voie veineuse périphérique (VVP), pose de cathéter artériel) mais plutôt la gestion du patient dans sa globalité.

Un IADE m'a dit : *« il y a toujours un réanimateur ou un urgentiste en salle, alors pour l'intubation ou le cathéter artériel, ils le mettent sans problème. Par contre, nous, on anticipe les gestes et la demande, et s'ils nous disent qu'ils vont l'intuber, on sait que l'on va préparer la célocurine®, et l'étomidate® et le respirateur sans qu'ils nous le détaillent ».*

D'après 2 IADE sur 3, la gestion des amines et des médicaments de sédation est plus souvent gérée par les IADE que par les IDE qui pensent être plus à l'aise pour les titrer. En effet, nous avons vu dans le cadre contextuel que les IADE ont, au cours de leurs études, des cours concernant les différents médicaments de l'anesthésie et de la réanimation.

Un IADE précise *« En fait le réanimateur me dit il faut qu'on l'intube, et c'est moi qui choisis les drogues, la posologie, et qui fait les injections. C'est souvent pareil pour le respirateur, si c'est un patient urgent, et que le réanimateurs fait autre chose, je règle et adapte le respirateur, et la sédation aussi ».*

Nous avons vu cela dans le cadre conceptuel, concernant la compétence :

La *« compétence prescrite ouverte »*, nécessitant des initiatives, une anticipation, une réflexion et des innovations. La personne doit pouvoir gérer des problèmes dans l'instantané. Ces situations sont complexes, et il faut pouvoir inventer, innover, anticiper.

Ces prescriptions ouvertes sont souvent des objectifs à atteindre. Comme tous les aléas ne peuvent être prévus, la liberté d'action et d'anticipation est de mise pour atteindre l'objectif fixé.

Les IADE que j'ai interrogé, avaient déjà de l'expérience dans le service, et ce n'est pas facile de faire la part des choses entre la compétence acquise au cours de la formation d'IADE, et la compétence acquise dans le service par l'habitude.

D'après Guy LE BOTERF, une compétence c'est *un savoir - agir - reconnu*. D'après ce qu'il ressort des entretiens, le savoir est appris à l'école d'IADE, et l'agir est appris au cours des différents stages. Pour la SAUV, il y a aussi l'expérience que les IADE ont acquise en travaillant dans cette salle, car elle très spécifique.

« Beaucoup de gestes sont fait par habitude, c'est presque une routine, mais on sait pourquoi on les fait et ce qu'il faut surveiller et comment. Quand j'étais IDE, je réglais les respirateurs sans IADE, mais maintenant, je sais pourquoi je fais les choses, et les conséquences que ça peut avoir, donc je pense que je les fais mieux ».

Pour les IADE interrogés, un de leur rôle important en SAUV, c'est le transport intra hospitalier, lors de la gestion de ces patients. En effet, ils m'ont tous dit qu'ils assuraient les transports des patients vers le scanner, ou le bloc, souvent sans médecin. Ils assuraient la surveillance lors des transports, et adaptaient les thérapeutiques, surtout de sédation et d'animes. Ils devaient, de temps en temps, faire des gestes d'urgence, si l'état du patient se détériorait avant que le médecin n'arrive.

Nous sommes complètement dans le rôle de l'IADE que nous avons vu dans le cadre contextuel : *« L'IADE peut néanmoins apporter un complément de compétence notamment en ce qui concerne [...] les gestes de première urgence en attendant l'arrivée du médecin, [...] et les transferts intra hospitaliers de patients en état grave. »*

Par contre les transmissions étaient effectuées par le médecin au téléphone entre les différents intervenants.

« Des fois, le temps de faire un scanner complet, ça prend 30 mn avec le transport, il peut s'en passer des choses pendant ce temps, surtout si le patient vient d'arriver, et qu'il n'est pas stable. Et puis ça permet au médecin, soit de se libérer pour gérer le dossier, soit pour discuter avec ses collègues de la conduite à tenir ».

2) Y'a-t-il un intérêt et pour qui ?

D'après les IADE que j'ai interrogé, il n'a pas forcément un intérêt direct pour les patients au niveau des soins, car d'autres intervenants peuvent le faire, (intubation, pose de VVP, etc.), mais il y a un intérêt dans la prise en charge globale du patient, autant avant l'arrivée du patient, que pendant, et après.

Un IADE précise : « *Avant qu'un patient arrive, on est prévenu par le SAMU, donc on a le temps de préparer le matériel. On se détache du service pour ne s'occuper que de ce patient. En fait, il y a des similitudes avec le bloc. On ouvre la salle de déchoque, si on nous dit que c'est un enfant, on prépare les kits pédiatriques ; si on nous dit que c'est un choc hémorragique, on prépare de quoi transfuser, on prévoit du O négatif, etc.* ».

Effectivement, la formation d'IADE nous amène à anticiper et à gérer cette situation, dès le début de la formation avec l'ouverture de salle, et l'anticipation des besoins du patient.

Nous avons vu dans le cadre contextuel cette analogie entre la SAUV et la salle de bloc opératoire sur une fiche de profil de poste IADE en SAUV :

- Préparation des médicaments d'urgence et d'anesthésie
- Préparation du respirateur et de l'accélérateur réchauffeur de perfusion
- Préparation de la voie centrale, préparation et pose d'une voie artérielle
- Gestion et traçabilité des transfusions (hémovigilance)

Pour les transports intra hospitaliers, si l'IADE ne le fait pas, c'est un médecin, ou un interne qui le fait. Cela ne modifie pas les chances du patient, mais cela peut libérer le médecin pour faire autre chose, sachant que l'IADE est compétent pour effectuer ces tâches.

3) Rôle et travail d'équipe :

De l'avis de tous les IADE interrogés, ils ont un rôle de formation vers les IDE (surtout les nouvelles arrivées dans le service), et les étudiants IADE. Ils peuvent aussi apporter un complément d'information auprès d'autres personnels, comme les externes en médecine.

Un IADE dit : « *Que ce soit une jeune IDE ou une nouvelle arrivée dans le service, la formation d'infirmière n'est pas adaptée pour qu'elle soit autonome en réanimation, et encore plus en SAUV. Je pense que nous avons un rôle à jouer pour les former.* ».

Un autre IADE précise « *Je crois que nous avons aussi un rôle de référent sur certains soins, et que quand une IDE ne sait pas, au lieu d'aller voir directement le médecin, elle nous demande d'abord.*»

Un troisième IADE rajoute : « *Quand j'amène un patient en réanimation, après le « déchoque », je prends le temps d'installer le patient, de régler les appareils, et de faire des transmissions complètes à l'infirmière, ce qu'un médecin n'aurait peut-être pas le temps de faire. D'autant plus si c'est une jeune dans le service* ».

Un ou une IDE doit être formé(e) de façon spécifique pour travailler en réanimation et en SAUV, car le travail nécessite de connaître certains dispositifs particuliers comme le respirateur ou la dialyse, ainsi que certains médicaments comme le Dobutrex®, ou la noradrénaline qui ne sont utilisés quasiment que dans ces services.

Il ressort de ces entretiens un rôle important de l'IADE qui est la formation et l'accompagnement des personnels dans les savoirs pour lesquels il est compétent.

Ceci peut être mis en lien directement avec les compétences de l'IADE acquise au cours de sa formation, et du rôle de l'IADE d'après le référentiel de la SFAR :

« *L'IADE assure l'encadrement direct des étudiants infirmiers préparant le diplôme d'État et des étudiants infirmiers anesthésistes* ».

De plus, les IDE travaillant dans un service de réanimation doivent avoir une formation, et l'IADE serait tout indiqué pour participer à cette formation.

X. Conclusion de l'analyse des entretiens IADE/IDE

Pour conclure, je pense que les IDE voient le rôle de l'IADE comme très technique, en laissant de côté d'autres aspects de la fonction d'IADE.

Les IADE mettent en avant le côté formation de leur fonction et la gestion globale de la situation, mais moins les gestes techniques tels que l'intubation, ou la pose de cathéter artériel.

Il ressort de ces entretiens que l'IADE a un rôle dans la formation des IDE et en particulier des jeunes IDE arrivant dans le service.

De plus, il apparaît que l'IADE peut avoir un effet anxiolytique et rassurant pour l'équipe, que ce soit justifié ou non.

De plus, ces entretiens montrent que l'IADE doit être compétent par sa formation, et ses différents savoirs, en SAUV.

Effectivement, on s'aperçoit qu'il y a des similitudes entre les compétences demandées à l'IADE pour la gestion d'un patient au bloc opératoire, et la gestion d'un patient en SAUV :

- Ouverture de la salle, et maintenance des différents appareils
- Anticipation des besoins et surveillance du patient
- Techniques de sédation et de réanimation
- Hémovigilance, matériovigilance...

Cependant je me suis aperçu au cours de mes entretiens que mon choix de population n'était pas très adapté.

En effet, les IDE n'ayant jamais travaillé avec des IADE en SAUV, me parlent de leurs représentations de l'IADE, qui peuvent être assez éloignées de la vérité.

Il est vrai, que si l'IDE ne connaît pas la fonction d'IADE, il n'aura pas forcément de vision juste de son rôle en SAUV.

Cependant, je trouve cela quand même intéressant de savoir ce qu'ils pensent des IADE, afin de le corrélérer à la réalité développée dans le cadre contextuel et conceptuel. Cela permet de reconnaître les besoins de l'IDE en SAUV, et donc de dire que l'IADE y répond en grande partie par ses compétences.

Conclusion

J'ai débuté ce travail avec des préjugés en pensant connaître les réponses aux questions que je me posais. Pour moi l'IADE en salle d'urgence vitale était naturellement compétant pour y faire des gestes techniques et sa place était à coté du réanimateur.

Ce travail de recherche m'a permis de me rendre compte de la réalité du travail des infirmiers et infirmiers anesthésistes dans l'accueil et la gestion des urgences vitales.

J'ai commencé à réfléchir à ce travail d'intérêt professionnel au début de mes études d'IADE, et je me suis rendu compte que j'ai évolué pendant ces deux ans, et que ma réflexion concernant ce travail s'est peu à peu modifiée pour devenir plus claire.

En effet, une fois dépassé le coté technique de l'IADE, j'ai pu me rendre compte, avec le travail en équipe, de la complexité de la prise en charge globale d'un patient.

Après avoir formulé ma question de recherche, j'ai axé mon concept sur la compétence. Je me suis inspiré du concept de compétences collectives et individuelles de Guy LE BOTERF.

Une des difficultés a été pour moi d'interroger des infirmiers qui ne connaissaient pas la fonction de l'IADE, et de m'apercevoir que certains exprimaient plus leurs représentations de l'IADE en urgence que la réalité.

Pour répondre à ma question de recherche, je pense que l'IADE a sa place dans une SAUV, mais pas seulement comme technicien de l'intubation ou de la ventilation, mais en ayant un rôle plus large, tel que la formation, la coordination, ou l'anticipation.

Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence de l'IADE ne se limite pas à une addition de savoirs faire, mais bien plus à une réflexion globale au sein d'une équipe.

Je pense qu'il pourrait être intéressant de travailler aussi sur les représentations qu'ont les personnels soignants et médicaux sur les infirmiers anesthésistes, surtout lors de la prise en charge des urgences vitales.

Pour finir, je pense que ce TIP m'a autant apporté au niveau personnel que professionnel, sur une réflexion au sujet de la profession de soignant et sur le travail en équipe pluridisciplinaire.

Bibliographie

Livres

DESCOMBES, V. *Les Institutions du sens*, Paris, Éditions de Minuit, 1996

LE BOTERF, G. *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d'organisations. 1995,

LE BOTERF, G. *Compétence et navigation professionnelle*. Paris : Editions d'organisation, 1997

LE BOTERF, G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : édition d'organisation, (4^{ème} édition) 2006. 244p

FRENAY, M., NOËL, B., PARMENTIER, P. ET ROMAINVILLE, M. (1998). *L'étudiant-apprenant, grille de lecture pour l'enseignant universitaire*. Paris/Bruxelles: De Boeck Université, Collection «Perspectives en éducation».

SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE REANIMATION. *Journée des Infirmiers Anesthésistes, d'urgence et de réanimation 2007, 49^{ème} congré national de la SFAR*. ELSEVIER, la collection de la SFAR, 2007. 352p

MUCCHIELLI. R. *le travail en équipe : clé pour une meilleure efficacité collective*. Collection : formation permanente. ESF. 208p

28^{ème} journées méditerranéenne d'anesthésie réanimation urgences « *Pourquoi un IADE en réanimation ? Le point de vue du médecin* », Dr KIENLEN. ROUBY ; G.

Articles de revues

BROSSARD, L. *Construire des compétences, tout un programme ! Entretien avec Philippe PERRENOUD* ; Vie pédagogique, n° 112, septembre-octobre 1999, pp. 16-20.

Syndicat national des infirmiers anesthésistes : *Recommandation pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste* ; décembre 2007. 2^{ème} édition. 21p

AFNOR 1996 Normes française NF x 50-750 de 07/96 – Indice de classement : X50 – 750
Formation professionnelle- terminologie ; juillet 1996. 19 p

Travail d'intérêt professionnel

AVEROUS-NOMDEDEU, M. *IADE en réanimation : valeur ajoutée pour la prise en charge du patient ?* 2006. centre de documentation CHU Montpellier.

Texte législatif

Décret 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.

Site internet

SFAR : *Recommandations concernant l'infirmier anesthésiste diplômé d'état*

Consulté en mars 2007 <<http://www.sfar.org/recomiade.html>>

SFAR : *Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV).*

Consulté en mars 2007 <<http://www.sfar.org/t/spip.php?article282>>

CHU de Bordeaux : *Pris en charge infirmière du sepsis pendant la première heure.*

Consulté en novembre 2007 <<http://www.srlf.org/>>

Cadre de sante.com : *Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences*

Consulté en novembre 2007 <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article150>>

Société Française des Infirmiers de Soins Intensifs : *Programme de formation d'adaptation à l'emploi en réanimation.*

Consulté en mars 2008 <http://www.sfisi.asso.fr/telechargement/adaptation_emploi.pdf>

Annexes

GUIDE D'ENTRETIEN : IADE

QUESTIONS

Quel rôle à l'IADE dans cette salle ?

R : Quel objectif doit avoir l'IADE ?

R : A-t-il un rôle de formation ?

Est-il important d'avoir un IADE dans cette salle ?

R : A votre avis, qu'en pensent les autres intervenants (réanimateur, IDE, étudiant, internes) ?

Comment le rôle de l'IADE est défini dans cette salle ?

R : Qui définit le rôle de l'IADE ?

R : Est toujours le même, ou cela dépend t-il des réanimateurs

R : A-t-il un rôle de coordination ?

R : L'IADE participe t-il à l'organisation de la salle de SAUV ?

L'IADE transmet-il ou non, des informations ?

R : A qui les transmet-il ?

R : Comment les transmet-il ?

R : Quand les transmet-il ?

R : Reçoit-il des informations et de qui ?

Quelles relations a l'IADE avec les autres personnels ?

GUIDE D'ENTRETIEN : IDE

QUESTIONS

Quel rôle a l'IADE dans cette salle ?

R : A-t-il sa place dans une SAUV ?

R : Quel objectif doit avoir l'IADE ?

R : A-t-il un rôle de formation ?

Quelles relations a l'IADE avec vous?

R : L'IADE transmet-il des informations ?

R : A qui les transmet-il ?

R : Comment les transmet-il ?

R : Quand les transmet-il ?

R : Reçoit-il des informations et de qui ?

Préférez vous travailler ou non, avec un IADE en SAUV ?

Comment le rôle de l'IADE est défini dans cette salle ?

R : Qui définit le rôle de l'IADE ?

R : Est toujours le même, ou cela dépend t-il des réanimateurs

R : A-t-il un rôle de coordination ?

R : L'IADE participe t-il à l'organisation de la salle de SAUV ?