

La garde : Outil de maintien des compétences ?

Travail d'intérêt professionnel

Promotion 2002-2004

Référents :

Guillaume Teillard

Jean Louis Laporte

Auteur :

Rodolphe Uteza

Remerciements :

Qu'il me soit permis de remercier chaleureusement Olivier Flamenbaum pour ces lumières, sa patience et le réconfort qu'il a su me prodiguer. Merci à Jean Louis Laporte pour sa vision des Urgences et son regard sur la profession. Merci, enfin, à tous ceux qui se sont prêtés au jeu de l'entretien de si bonne grâce.

Sommaire

Remerciements :	2
Sommaire	3
Liste des abréviations	5
Introduction	6
Première partie : Une approche théorique	7
I / Constat et questionnaire initial	8
II / Analyse de la situation locale	9
1) Réglementation et Recommandations :	9
2) Historique :	10
3) Analyse Structurale :	10
4) Situation nationale :	12
5) Rôle de l'I.A.D.E. aux Urgences :	13
a) Que fait l'I.A.D.E. aux Urgences ?	14
b) Que fait l'I.A.D.E. en garde ?	14
III / Le concept de compétence	17
1) Définitions du concept de compétence :	17
2) L'I.A.D.E. compétent :	20
IV / Le concept d'apprentissage	26
1) Concept d'apprentissage :	26
a) En ce qui concerne l'apprentissage	26
b) Des notions sur le mécanisme d'apprentissage :	26
c) Des notions sur la technique de formation :	27
2) Concept d'apprentissage et Urgences :	27
a) Principes de l'apprentissage et terrain.....	27
b) Mécanismes d'apprentissage et terrain.....	28
c) Technique de formation et terrain.....	28
Deuxième partie : L'Enquête	31
I / Questionnement	32
II / L'enquête	33
1) La préparation.....	33
a) Choix d'un outil :	33
b) Les objectifs de ces entretiens :	33
c) La conception de l'entretien :	33

d) Le guide d'entretien :	34
2) Analyse	35
a) Analyse quantitative.....	35
b) Analyse qualitative	37
III / Réinvestissement professionnel.....	41
Analyse critique	44
Conclusion	45
Bibliographie	46
Annexe I Extrait de : Pôle de l'Est (1996), Processus de planification... ..	47
Annexe II « qualités d'un objectif éducationnel spécifique » et « Grille de spécification : choix d'une méthode pédagogique ».....	48
Annexe III Entretien avec un I.A.	49
Annexe IV André Chauvet : « Quels indicateurs de la compétence ».....	50

Liste des abréviations

I.A.D.E.	Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat
I.A.	Infirmier Anesthésiste
S.F.A.R.	Société Française d’Anesthésie et de Réanimation
S.N.I.A.	Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes
D.A.R.	Département d’Anesthésie et de Réanimation
B.O.H.2	Bloc Opératoire bâtiment H2
O.R.L.	Oto-rhino-laryngologie
C.H.	Centre Hospitalier
S.A.U.V.	Salle d’Accueil des Urgences Vitales
S.S.P.I.	Salle de Soins Post Interventionnelle
C.C.V.	Chirurgie Cardio Vasculaire
A.V.C.	Accident Vasculaire Cérébral
I.D.M.	Infarctus Du Myocarde
S.A.M.U.	Service d’Aide Médicalisée d’Urgence
M.A.R.	Médecin Anesthésiste
I.F.C.S.	Institut de Formation des Cadres de Santé
D.E.	Diplôme d’Etat

Introduction

Un Infirmier très « technique » aux connaissances « pointues », tel est, souvent, l'image que se fait l'Elève Infirmier Anesthésiste de son futur travail. A juste titre, probablement, au regard du programme des deux ans d'étude.

On pourrait comparer l'élève I.A. à un sportif de haut niveau qui s'entraîne pendant deux ans dans toutes les disciplines de l'athlétisme en vue d'une sélection dans une équipe nationale et qui, une fois qualifié (diplômé), ne concourt que dans une seule. Que deviennent les compétences pluridisciplinaires développées durant ces deux années ?

L'analogie s'arrête là, car si l'athlète qui perd ses compétences n'engage que ses résultats sportifs, l'I.A., lui, engage la santé des patients dont il a la charge.

C'est un peu le problème de fond traité dans ce Travail d'Intérêt Professionnel, qui marque la dernière ligne droite de cette formation.

Ce travail a pour objectif d'initier les Elèves Infirmiers Anesthésistes à la recherche en soins infirmiers et à les amener à réfléchir sur leur future profession.

A la suite d'un constat qui engendre un questionnement initial, le travail explore le concept de compétence et (partiellement) celui d'apprentissage.

Cette exploration nous amène à formuler des hypothèses que nous tentons de valider grâce à des entretiens, effectués auprès d'I.A.

L'analyse des entretiens débouche sur des propositions puis vient le temps d'une prise de recul vis-à-vis de l'ensemble du travail.

Première partie : Une approche théorique

I / Constat et questionnement initial

Infirmier aux Urgences durant plus de quatre ans, j'ai travaillé à de nombreuses reprises avec des I.A.D.E. (Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat) au décours de leurs gardes. Pour moi ces rencontres furent souvent riches sur le plan professionnel, les I.A.D.E. étant souvent disponibles pour donner des conseils pratiques et des explications théoriques.

Qu'en était-il pour eux ? Que leur apportaient ces gardes ? Quand je leur posais la question revenaient souvent les mêmes réponses et elles avaient pour objet le maintien de leur niveau de compétence.

Une fois entré à l'école d'I.A. (Infirmiers Anesthésistes) je me rendais compte que l'organisation des gardes à Purpan était différente de celle de Rangueil, qu'en était-il des motivations des I.A.D.E. ?

Ne ressentaient-ils pas le même besoin ?

La garde répondait-elle toujours à leurs attentes en matière de maintien à niveau ?

Au moment du choix d'un sujet je me proposais d'essayer de répondre à ces interrogations.

Mais à la réflexion et après avoir passé du temps avec ces I.A.D.E. au bloc opératoire et m'être aperçu des compétences qu'ils mettent en jeu, les questions ont évolué.

J'avais du mal à comprendre, à la vue de la maîtrise apparente dont ils font preuve, ce besoin de remise en cause.

D'autant que je ne concevais pas clairement le choix de la garde comme outil de maintien à niveau.

En poussant mon raisonnement je me rendais compte que dans un premier temps de mon travail il serait intéressant d'essayer de comprendre le fonctionnement des Urgences et des gardes.

Dans un deuxième temps il conviendrait de plonger dans un aspect plus théorique, celui sous-tendu par ces notions de « remise en cause » et de « garde = outil de maintien à niveau ».

Dans « remise en cause... », il faut en fait comprendre « ...de la compétence ». Car c'est de cela dont il s'agit : maintenir la compétence à niveau.

D'où cette question de départ :

Peut-on concevoir la garde comme un outil de formation permettant le maintien de la compétence I.A.D.E. ?

II / Analyse de la situation locale

1) Réglementation et Recommandations :

Le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier n'évoque jamais le travail de l'I.A.D.E. en situation d'urgence.

La seule mention des Urgences est commune à tous les Infirmiers diplômés, il s'agit de l'article 13 :

« En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

La S.F.A.R.(Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) dans ses « Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état » évoque l'I.A.D.E. aux urgences et dit :

« L'I.A.D.E. et les services d'urgences (Services Mobiles d'Urgence et de réanimation, Services d'accueil des urgences.)

Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (Intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de surveillance...), l'I.A.D.E. est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extra hospitalier. En revanche la présence d'un I.A.D.E. ne dispense en aucune manière de celle d'un médecin, en particulier d'un médecin Anesthésiste réanimateur si une anesthésie est nécessaire. »

En précisant « la prise en charge des patients en état grave » la S.F.A.R. précise donc que cette participation devrait intervenir dans le cadre du déchocage.

Le S.N.I.A. (Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes) calque ses recommandations sur celles de la S.F.A.R. et dit :

« De part sa formation théorique et pratique l'infirmier anesthésiste acquiert les connaissances et la maîtrise des gestes d'urgences et de survie. Il participe à l'accueil hospitalier des urgences en assurant des permanences sur place ou par astreintes à domicile. »

Ici apparaît la notion de « permanences », liée à celle d' « accueil hospitalier ».

2) Historique :

La population d'I.A.D.E. des hôpitaux de Toulouse est une population « jeune », en terme d'années de présence au sein du D.A.R. (Département d'Anesthésie et Réanimation), car l'école qui a formé la plupart de ces infirmiers est jeune (première promotion : 1988).

La priorité ayant été naturellement donnée aux blocs opératoires, la quantité d'I.A.D.E. affectés aux urgences a longtemps été « symbolique ».

Il faudra attendre l'organisation par « pool » d'I.A.D.E. pour que Rangueil voit sa population d'I.A.D.E. d'urgences passer de 1 à 3 entre 2002 et 2003.

Il faudra attendre le plan « Urgences 2000 » de Purpan et l'achèvement des travaux qui en découlèrent pour voir apparaître une équipe uniquement rattachée aux urgences et à leur bloc.

Comme la population et l'organisation des I.A.D.E. aux Urgences sont intimement liées à leur histoire je vous propose d'approfondir ce sujet dans « l'analyse structurelle ».

3) Analyse Structurelle :

En ce qui concerne les fonctionnements des I.A.D.E. aux Urgences, il y en a autant de différents qu'il y a de structures.

En effet si l'on regarde les trois principaux sites d'accueil des urgences : Purpan Adulte, Rangueil et Purpan Pédiatrie on trouve trois manières de fonctionner.

↳ Purpan Adulte est pourvu d'un bloc opératoire qui lui est dévolu.

↳ Rangueil fonctionne en « symbiose » avec les autres blocs

↳ Purpan Pédiatrie n'est, quand à lui, pas pourvu d'une équipe d'anesthésie et les I.A.D.E. qui y travaillent ne viennent pas aux Urgences, même pendant leurs gardes. De plus les I.A.D.E., lors de leurs gardes, travaillent dans leur bloc opératoire, avec leurs anesthésistes et pour les mêmes pathologies (puisqu'ils s'occupent des urgences dans la journée). C'est pourquoi il me semble licite d'éliminer d'emblé ce site de mon travail compte tenu du fait que le travail de garde semble n'être que la version « nuit » du travail de jour.

Restent donc les deux principaux sites d'accueil des urgences adultes : Rangueil et Purpan.

Rentrons maintenant un peu plus en détail dans leur fonctionnement.

① Rangueil

L'équipe d'Anesthésie :

Les Médecins Anesthésistes sont au nombre de trois avec, en sus, un chef de clinique et un interne.

Les I.A.D.E. sont au nombre de trois et tournent sur le déchocage et la radio interventionnelle.

Les remplacements sont pourvus par quatre I.A.D.E. de neurochirurgie qui travaillent donc ponctuellement aux urgences.

Les roulements des I.A.D.E. :

Le poste de jour est occupé par un seul agent en 10/18h (de l'équipe des Urgences).

La permanence ou « garde » s'effectue quand à elle de 18h à 8h le lendemain matin.

Laissant un « vide » de deux heures.

Les gardes sont assurées par l'ensemble des I.A.D.E. de Rangueil selon une périodicité d'environ un mois et demi. Cet espacement des gardes est permis par un cumul sur une seule semaine de 36h de garde.

La semaine de garde, effectuée par trois agents, se répartie ainsi :

1 I.A.D.E. en 24h le samedi qui travaille aussi 1garde dans la semaine ;

1 I.A.D.E. en 24h le dimanche qui travaille aussi 1 garde dans la semaine ;

1 I.A.D.E. qui travaille 3 gardes dans la semaine.

La structure « physique » :

Rangueil bénéficie depuis deux ans d'un nouveau service des Urgences et le choix a été fait de ne pas y adjoindre de bloc opératoire.

Le traitement chirurgical se fait donc dans les blocs de traumatologie et de viscéral (BOH2) situés dans l'autre bâtiment.

Urgences : -1 bat H1 ; BOH2 : +2 bat H2 ; Bloc traumato : -1 bat H2

Néanmoins les Urgences bénéficient de la Radio et de la Réanimation à proximité.

Le déchocage peut accueillir quatre patients

@ Purpan

L'équipe d'Anesthésie :

L'équipe médicale est identique à Rangueil, en nombre et en composition.

Les I.A.D.E. sont au nombre de sept et tournent sur le déchocage et le bloc des Urgences.

Les remplacements sont pourvus par le pool prioritairement puis par l'ensemble des I.A.D.E. prenants des gardes.

Le roulement des I.A.D.E. :

Les I.A.D.E. des Urgences sont ainsi répartis :

Deux agents sont affectés au bloc des Urgences dans la journée : un sur l'horaire 8h/16h et un sur 10h/18h.

Un agent travaille au déchocage sur la plage horaire la plus ample : 8h/20h (et assure donc la continuité).

Un agent travaille sur le poste de nuit en 20h/8h.

Les I.A.D.E. des Urgences travaillent ainsi du lundi matin 8h au dimanche matin 8h, la journée de dimanche et la nuit qui suit sont organisés différemment :

Ce sont les I.A.D.E. du « circuit général » qui effectuent ces 24h de permanence.

Mais tous les I.A.D.E. ne prennent pas ces permanences.

On trouve l'explication à cette in équité dans l'histoire du « peuplement » de Purpan par les I.A.D.E. et les aléas qu'il vécu.

Pour résumer on pourrait dire que, un temps, la quantité d'I.A.D.E. fut plus importante que le nombre nécessaire pour effectuer les permanences. Le choix fut donné aux agents et les postes ainsi pourvus par volontariat.

Ceci explique que certains effectuent des permanences et d'autres pas (même si actuellement ce système est remis en cause).

La structure « physique » :

Purpan rassemble sous une seule et même structure appelée « Urgences 2000 » les services suivants :

Réanimation polyvalente,
Urgences médicochirurgicales et hospitalisation des Urgences,
Radiologie,
Déchocage et bloc opératoire des Urgences,
Bloc opératoire Ophtalmo et O.R.L.

Le but de cette organisation étant de tendre vers une prise en charge optimale des Urgences.

Ce qui distingue donc ces deux grands sites d'accueils des Urgences c'est la présence, ou l'absence, de bloc opératoire en leur sein.

La structure conditionnant leur fonctionnement, ils se distinguent aussi par une organisation de type « grande équipe sur 24h » à Purpan et « petite équipe de jour » à Rangueil.

L'organisation de ces deux C.H.(Centre Hospitalier) paraissant singulière il serait intéressant de connaître le fonctionnement dans d'autres structures.

4) Situation nationale :

Une enquête diligenté par le S.N.I.A. et parue dans OXYMAG n°63 d'Avril 2002, ayant pour but de mieux connaître les I.A.D.E. français et leurs pratiques, apporte des statistiques intéressante .

En effet une partie du questionnaire adressé aux I.A.D.E. porte sur les différents lieux d'affectation et sur leurs modes de garde.

Difficile pour nous, sans les chiffres qui l'accompagnent, de refaire une analyse de cette étude mais on peut relever néanmoins :

☞ Que les I.A.D.E. qui travaillent aux Urgences ont toujours une autre affectation.

Sans les résultats précis de l'enquête, impossible de dire si c'est par nécessité structurelle ou une politique de « mobilité » des agents.

☞ Que les « gardes » ou permanences sont effectuées en quasi exclusivité dans les C.H. (Centres Hospitaliers).

Cela pourrait s'expliquer par l'obligation qui leur est faite d'accueillir toutes les Urgences.

↳ Qu'il y a une très grande disparité dans la fréquence de ces gardes (de zéro à quinze permanences par agent)

↳ Qu'en ce qui concerne cette fréquence, les écarts types sont conséquents en fonction :

Des périodes de l'année

De la localisation géographique

Du type d'établissement

Qu'elle le soit en fonction de la localisation géographique et du type d'établissement, cela peut s'expliquer par une organisation structurelle.

Qu'elle le soit en fonction des périodes de l'année n'est pas facile à expliquer, si ce n'est que ces gardes peuvent être des gardes de remplacement (ce qui expliquerait que certains agents ne prennent des gardes que lors de situations exceptionnelles comme lors des congés de leurs collègues qui sont en poste de nuit fixe, par exemple).

Une autre enquête, toujours sous la houlette du S.N.I.A., est en cours.

Elle a pour sujet les différents systèmes de permanence dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

5) Rôle de l'I.A.D.E. aux Urgences :

L'IADE aux Urgences est amené à suivre son patient lors des déplacements nécessaires aux investigations et traitements des affections de ce dernier.

On le retrouve parfois à la S.A.U.V. (Salle d'Accueil des Urgences Vitales), plus couramment appelée déchocage.

Il convient alors d'expliquer ce qu'est le déchocage :

Ce terme désigne une unité des Urgences dévolue à l'accueil des patients graves. Si on voulait schématiser on dirait que le déchocage est aux Urgences ce que les soins intensifs sont à l'unité de soin.

L'équipe soignante est composée d'Aides Soignant(e)s, d'Infirmier(e)s, d'Infirmier(e)s Anesthésistes.

Cette équipe est sous la responsabilité d'un Cadre Infirmier, Cadre Infirmier Supérieur, Cadre Infirmier Anesthésiste, Médecins Anesthésistes, Chef de Service des Urgences.

Les pathologies couramment rencontrées sont médicales ou chirurgicales et ont en commun un engagement du pronostic fonctionnel ou vital à court ou moyen terme.

Toutes nécessitent une surveillance continue et rapprochée des paramètres vitaux et de l'état clinique du patient notamment au décours des éventuels transports nécessaires aux différents examens.

C'est par son « regard clinique », entre autre, que l'I.A.D.E. justifie sa présence au sein du déchocage. Il est à même de déceler précocement la survenue de complications ou l'aggravation de son état.

a) Que fait l'I.A.D.E. aux Urgences ?

L'I.A.D.E. au déchocage assure les soins aux patients en détresse, assure les transports lors d'examen (mais il ne dispense pas de la présence d'un Médecin Anesthésiste Réanimateur).

Il gère, par ailleurs, l'anesthésie (en accord avec le décret) au déchocage et au bloc opératoire s'il y a lieu, jusqu'en S.S.P.I. (Salle de Surveillance Post Interventionnelle).

Il permet ainsi un suivi durant tout le cheminement du patient, ce qui sécurise les soins dans leur globalité en :

↳ Evitant une perte d'informations (par transmissions multiples)

↳ Permettant une meilleure connaissance du patient, de l'histoire de la maladie et du traitement initié en préopératoire.

Il en découle une prise en charge péri opératoire de meilleure qualité.

En ce qui concerne le déchocage « médical » l'I.A.D.E. fait valoir ses connaissances en réanimation.

L'I.A.D.E. au déchocage a aussi (et c'est une fonction non négligeable) un rôle de formateur et de référent.

Il a valeur d'expertise et/ou référence auprès des infirmiers en ce qui concerne le matériel mais aussi les gestes infirmiers.

Il en découle un travail de formation « de tous les instants ». Il est aussi consulté lors d'apparition de nouveau matériel.

Il a, en plus, la responsabilité de la gestion au déchocage de la boîte d'intubation difficile, de la boîte d'allergie au latex et de la boîte pédiatrique (en effet par précipitation, ignorance ou nécessité vitale, des parents arrivent parfois directement aux Urgences adultes avec leurs enfants).

Mais être I.A.D.E. aux Urgences c'est aussi travailler dans un bloc opératoire (celui des Urgences pour Purpan et les BOH2 et bloc traumatisme pour Rangueil). Ce qui implique une maîtrise des techniques d'anesthésie générale (notamment l'induction à séquence rapide) et locorégionale compte tenu de la diversité des pathologies rencontrées.

b) Que fait l'I.A.D.E. en garde ?

Le travail en garde se distingue du travail de jour par l'accent qui est mis sur le travail au bloc opératoire, on ne retrouve l'I.A.D.E. au déchocage que très ponctuellement.

Son travail est d'assurer, en collaboration, les anesthésies de la nuit.

La population touchée est la même que le jour, mais elle est exclusivement chirurgicale.

Il est à noter que certains blocs possèdent leur propre équipe d'anesthésie de garde (CCV, Neurochirurgie, Brûlés) ce qui restreint d'autant les pathologies concernées.

En ce qui concerne les techniques d'anesthésie, on rencontre des anesthésies générales avec une prédominance pour la technique d'induction à séquence rapide et des anesthésies loco régionales (les techniques privilégiées en cas « d'estomac plein »).

En ce qui concerne les pathologies, voici quelques notions complémentaires :

Pour une meilleure compréhension du travail des I.A.D.E. aux Urgences il convient de dire que les pathologies rencontrées ont beaucoup évolué ces dernières années, avec notamment

une baisse de la quantité des polytraumatisés (lié en partie à la baisse du nombre d'accidents graves de la route et aussi peut-être une utilisation plus juste du terme polytraumatisé). On note aussi une régulation nouvelle de certaines pathologies graves comme les A.V.C. (Accident Vasculaire Cérébral), I.D.M.(Infarctus Du Myocarde) et autres.

Il s'agit d'un choix organisationnel en rapport direct avec la Circulaire N°195/DHOS/01/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des Urgences (chapitre IV / Mettre en place des filières adaptés à certaines pathologies ou populations).

« Ces filières permettent le transfert et l'admission directs et immédiats des patients présentant des pathologies spécifiques telles que l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde, vers les plateaux techniques disposants des compétences et des équipements requis. Chaque fois qu'une entrée directe dans un service est possible, elle doit être privilégiée (unité de soins intensifs et continus, réanimation adulte, réanimation pédiatrique, soins intensifs en neurologie, en neurochirurgie ou en cardiologie). En effet le pronostic vital et /ou fonctionnel est étroitement associé à la rapidité de cette prise en charge spécialisée. »

Bien entendu cela concerne principalement des pathologies médicales car pour les pathologies chirurgicales c'est l'orientation vers le bloc opératoire le plus rapidement possible qui est privilégié. Le passage par les Urgences permet un affinage du diagnostic et une stabilisation de l'état du patient mais l'acte thérapeutique relève du chirurgien.

Pour information on peut aussi noter que l'I.A.D.E. peut être amené à intervenir en urgence dans l'hôpital sur appel du S.A.M.U. lors d'évènements « extra services » ou tout simplement aux Urgences médicochirurgicales lors de l'aggravation de l'état d'un patient (avec un M.A.R.).

Il me paraît intéressant, après avoir fait le tour de l'activité de l'I.A.D.E. au déchocage de dire un mot sur le trait de caractère qui prédomine chez lui.

Cette idée ressort d'une discussion avec un I.A.D.E. des Urgences de Purpan, Mr Jean Louis Laporte.

A la question « qu'est-ce qui caractérise un I.A.D.E. des Urgences », sa réponse est sans détour :

L'adaptabilité

☞ *Adaptabilité aux pathologies, qui sont de toutes natures :*

Problèmes médicaux, traumatologiques, viscéraux, neurochirurgicaux, etc.

☞ *Adaptabilité aux terrains :*

L'urgence touche tout le monde, n'importe où, n'importe quand. Il faut donc être capable de gérer un patient probablement « contaminé » ou non préparé, ou estomac plein, ou dont on connaît peu ou pas les antécédents et parfois tout cela à la fois.

☞ *Adaptabilité aux personnes et aux lieux :*

De nombreux chirurgiens interviennent aux urgences et d'aussi nombreux anesthésistes.

Et quand ce ne sont pas les personnes qui viennent aux I.A.D.E. ce sont les I.A.D.E. qui vont vers les radios, scanners et autres structures d'examen. Autant de lieux et de personnes auxquels il faut s'adapter.

☞ *Adaptabilité à la charge de travail :*

S'il y a bien un endroit où l'on ne sait jamais ce que nous réserve la journée de travail c'est aux Urgences. De très importante (la plupart du temps), à passablement calme, la fréquentation rythme les journées du personnel des Urgences. A charge pour l'I.A.D.E. de gérer ses tâches journalières ou hebdomadaires en fonction de cette activité. Il doit être capable de différer une tâche ou de prendre de l'avance sur une prochaine en fonction des entrées.

III / Le concept de compétence

La compétence est un concept aux multiples définitions

Origines :

D'emploi récent (années 60)

✳ Etymologie : competens (latin XIIème s.), de l'indo européen pete/pot (pouvoir). Prend donc deux acceptions :

★ 1-convenir, réunir à, être en état de, convenable pour

★ 2-rivaliser, compétition (notion de pouvoir)

✳ En sociologie (Eugène WEBER) : l'analyse de la légitimité du pouvoir passe par la reconnaissance d'une certaine compétence

✳ En science de l'éducation : la caractéristique d'un individu témoignant de la capacité à accomplir certaines tâches

✳ En linguistique (Chomsky) : la compétence s'oppose à la performance, c'est-à-dire ce dont on est capable (compétence) à ce qui est visible en acte (performance)

✳ D'après Le Boterf : une réalité dynamique, un processus, un savoir agir reconnu

Avant de tenter de définir ce qu'est le concept de compétence il convient de dire ce qu'il n'est pas, en effet cet « attracteur étrange » (Le Boterf) attire dans son champ des concepts voisins mais différents :

HABILETE	activité routinisée, automatisme, souvent sensorimoteur
APTITUDE	disposition innée ou acquise à effectuer des apprentissages spécifiques
CAPACITE	savoir ou savoir-faire vérifiées par des comportements, des productions, des performances (traces évaluative de l'aptitude)
EXPERTISE	compétence dans l'excellence (automatisation, simplification, métacognition)

1) Définitions du concept de compétence :

Le concept de compétences est développé dans de nombreuses études.

Il y a presque autant de définitions.

En voici quelques-unes :

I / Cinq manières d'aborder les compétences (1)

Dans le Traité des sciences et des techniques de la formation, coordonné par Philippe Carré et Pierre Gaspar, Sandra Bélier propose cette définition de la compétence :

« La compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée ».

Elle réalise ensuite une étude comparative des cinq manières d'aborder les compétences :

- ★ approche par les savoirs
- ★ approche par les savoir-faire
- ★ approche par les comportements et les savoirs être
- ★ approche par les savoirs, savoir-faire et savoir être
- ★ approche par les compétences cognitives

II / La trilogie Katz (2)

Plus ancienne, la définition proposée par Katz distingue trois types de compétences.

- ★ les compétences conceptuelles (analyser, comprendre, agir de manière systémique)
- ★ les compétences techniques (méthodes, processus, procédures, techniques d'une spécialité)
- ★ les compétences humaines (dans les relations intra et interpersonnelles).

Elle s'avère pratique car elle recoupe un découpage plus classique, qui décompose les compétences en savoirs, savoir-faire et savoir être.

III / L'apport Montmollin (3)

Pour cet auteur, la compétence est un ensemble stabilisé de savoirs et de savoir-faire, conduites types, de procédures standards, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau et qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle : elles permettent l'anticipation des phénomènes, l'implicite dans les instructions, la variabilité dans la tâche.

IV / L'apport de Samurcay et Pastre (4)

Pour ces auteurs, la compétence, en tant que rapport du sujet aux situations de travail, est ce qui explique la performance observée en décrivant l'organisation de connaissances construites dans et pour le travail. Les compétences sont donc :

Références :

- (1) CARRE (P) et CASPAR (P), Traité des sciences et des techniques de la formation Paris, Dunod, 1999
- (2) KATZ R.L., Skills of an effective administrator, Harvard Business Review, vol.51, 1974.
- (3) DE MONTMOLLIN (M), 1984, L'intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive, Berne, Peter Lang.
- (4) SAMURCAY (R) et PASTRE (P), 1995, Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences, Education permanente N° 123

- ★ finalisées : on est compétent pour une classe de tâches déterminées

- ★ opérationnelles : il s'agit de connaissances mobilisables et mobilisées dans l'action efficaces pour cette action
- ★ apprises, soit à travers des formations explicites, soit par l'exercice d'une activité
- ★ elles peuvent être aussi bien explicites que tacites : le sujet n'est pas toujours en mesure d'explicitier les connaissances opérationnelles qu'il met en œuvre dans l'action

V / Six types de compétences (5)

Guy le Boterf propose une définition et une approche qui me semblent les plus appropriées au travail d'Infirmier Anesthésiste :

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

Il distingue plusieurs types de savoirs :

- ★ 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-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).

Savoir agir avec compétence, selon Guy Le BOTERF 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, un lieu

On reconnaîtra qu'une personne sait agir avec compétence si elle :

- ✳ Sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...)
- ✳ Pour réaliser, dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines modalités d'exercice (critères d'orientation)
- ✳ Afin de produire des résultats (services, produits), satisfaisant à certains critères de performance pour un client ou un destinataire

Références :

- (5) LE BOTERF (G), 1995, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris, Editions d'organisations.
- LE BOTERF (G), 1997, compétence et navigation professionnelle, Paris, Editions d'organisation.

« ... sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes »

Guy LE BOTERF propose une classification de ces ressources par Types et les corrèle à leurs Fonctions respectives :

TYPE	FONCTION
connaissances	savoir comprendre
théoriques	savoir interpréter
connaissances sur	savoir s'adapter
l'environnement	savoir agir sur mesure
savoir-faire	savoir procéder
opérationnels	savoir opérer
savoir-faire sociaux	savoir coopérer
ou relationnels	savoir se comporter
	savoir traiter l'information
savoir-faire	savoir raisonner
cognitifs	savoir nommer ce que l'on fait
	savoir apprendre
ressources	ressentir une situation
émotionnelles	percevoir des signaux faibles
ressources	gérer son énergie
physiologiques	tenir des astreintes

Ce tableau a pour principale qualité de créer immédiatement un lien entre le concept de compétence et à peut près tout ce qui fait le quotidien d'un Infirmier Anesthésiste.

Indéniablement être Infirmier Anesthésiste c'est agir avec compétence.

Mais aussi parlantes qu'elles soient ces fonctions n'en restent pas moins généralistes et s'adaptent en principe à tout travail nécessitant d'agir avec compétence.

Pour aller plus en profondeur je propose d'utiliser un outil développé pour l'enseignement que l'on peut essayer d'adapter ici.

2) L'I.A.D.E. compétent :

Il s'agit d'un travail effectué par le Pôle de l'Est en 1996 (collectif de conseillers pédagogiques de collèges situés géographiquement dans l'est du Québec).(AnnexeI)

Processus de planification d'un cours centré sur le développement d'une compétence.

Délégation collégiale du comité mixte de Performa, décembre 1996.

Seule une partie du chapitre premier nous intéresse, il est consacré au concept de compétence.

Les auteurs ont dégagés, d'une série de définitions, des caractéristiques de ce concept.

Ces caractéristiques sont ensuite explicités, puis les auteurs en développent l'impact sur la planification (je vous rappelle qu'il s'agit d'éducation et la planification dont il est question est celle du programme scolaire).

Je vous propose de reprendre ces caractéristiques et de voir si elles permettent de dresser un portrait des compétences de l’Infirmier Anesthésiste.

Note : lorsqu’il est écrit « Caractéristiques : une compétence est une capacité... », il faut comprendre « une compétence est un ensemble de capacités dont la capacité... ».

Première série :

CARACTERISTIQUES	EXPLICITATIONS	COMMENTAIRES
Une compétence est une cible de formation	Une compétence est d'abord une cible de formation, c'est-à-dire une sorte d'objectif à atteindre durant les études. De plus cette cible est liée à un standard adapté à ce niveau de formation et non au niveau de compétence d'un expert dans la vie réelle.	La compétence I.A. est le but recherché des deux ans de formation et il est évident qu'un I.A. fraîchement diplômé n'a pas la compétence d'un I.A. qui a plusieurs années d'exercice.
Une compétence est une cible de formation pertinente.	Une compétence est une cible de formation qui tire sa pertinence de son lien réel avec l'après formation, c'est-à-dire le monde du travail.	Pour "coller" au mieux à la fonction, la formation d'I.A. est assurée en alternance.
Une compétence est une cible de formation terminale.	Une compétence est une cible de formation qui exprime le résultat attendu à la fin d'une démarche d'apprentissage.	Il faudrait définir la compétence attendue en fin de formation d'I.A. (Ne pas être délétère, capable de s'adapter...)

Deuxième série :

CARACTERISTIQUES	EXPLICITATIONS	COMMENTAIRES
Une compétence est une capacité reposant sur une structure de connaissances intégrées, de divers types, spécifiques à la compétence.	Une fois acquise, la compétence devient une capacité. Cette capacité d'action repose sur une structure de connaissances conceptuelles et procédurales reliées à la fois au domaine cognitif, psychomoteur et socio affectif.	L'I.A. doit être capable de lier la théorie et la pratique. (repris plus bas)
Une capacité reposant sur une structure de connaissances pertinentes.	Une compétence est une capacité qui repose sur un réseau organisé de connaissances pertinentes, spécifiques à la compétence.	L'idée serait que l'I.A. compétent est capable de trier les connaissances essentielles (pertinentes).

Une capacité reposant sur une structure de connaissances conceptuelles et procédurales.	Les connaissances conceptuelles fournissent la réponse à la question "Qu'est-ce?" et les connaissances procédurales à la question "Comment?".	Les connaissances de l'I.A. doivent lui apporter, face à un problème ou une tâche, une explication et une solution.
Une capacité reposant sur une structure de connaissances impliquant les trois domaines de connaissances.	Une compétence fait appel à des types de connaissances reliées à la fois aux domaines cognitif, psychomoteur et affectif.	L'I.A. doit être capable, quel que soit le problème à résoudre ou la tâche à accomplir, de faire appel à des notions théoriques, une gestuelle, et un comportement adaptés.

Troisième série :

CARACTERISTIQUES

Une compétence est une **capacité** d'action autonome.

EXPLICITATIONS

Une compétence est une capacité qui permet à l'I.A., par rapport à une famille de situations, d'agir efficacement de façon autonome: qu'il sache quoi faire, comment le faire, quand et pourquoi le faire, qu'il puisse anticiper les conséquences des gestes posés, assumer ces conséquences et , finalement, qu'il puisse auto évaluer son action à partir de critères explicites.

COMMENTAIRES

L'I.A. compétent connaît son décret de compétences et plus encore la "confiance" qui le lie au M.A.R. car cela rentre en compte dans son autonomie.

Une compétence est une **capacité** procéduralisée.

Une compétence est une capacité d'identifier et de résoudre des problèmes rapidement tout en demeurant efficace.

L'I.A. doit pouvoir agir de façon immédiate, ce qui exige qu'il ait intégré les procédures de mise en action de la compétence jusqu'à un certain automatisme.

Une compétence est une **capacité** transférable.

Une compétence est une capacité reliée à une diversité d'actions dans une famille de situations. La compétence est spécifique à un champ d'activité particulier, tout en étant générale, en ce sens qu'elle reste la même pour un ensemble d'actions à l'intérieur de ce champ.

Partant du postulat que chaque Anesthésie est différente, L'I.A. compétent sait reconnaître les similitudes et les différences, et adapte le soin à partir de ses connaissances.

Quatrième série :

CARACTERISTIQUES

Une compétence est une **capacité** stable.

EXPLICITATIONS

Une compétence est une capacité durable d'action efficace; cette capacité d'agir ne doit pas être éphémère et disparaître du jour au lendemain. Aucune compétence n'existe sans la garantie d'une certaine stabilité de la performance.

COMMENTAIRES

Capacité la plus "discutable" dans notre cadre d'étude car, après la compétence "standardisé" acquise durant les études, se forge une compétence plus en lien avec la "spécialité" de l'I.A. Cela est lié à l'absence de mobilisation des connaissances non utilisées dans l'activité quotidienne.

Une compétence est une **capacité** standardisée.

Une compétence est une capacité d'action efficace dont le degré de maîtrise varie selon le niveau de formation. Une compétence suppose donc un consensus sur des conditions de réalisation, sur des critères et un seuil de performance minimal adapté au niveau de la formation. Sans l'existence d'un tel consensus, il devient impossible de bien définir la compétence visée et, par la suite, de porter un jugement partagé sur l'existence ou non de cette compétence.

La compétence de L'I.A. est standardisée, à l'obtention du diplôme.

La performance est évaluée par la validation d'examens trimestriels et de mises en situations professionnelles.

Une compétence est une **capacité** d'action efficace.

L'efficacité, c'est la capacité, de manière autonome, de résoudre rapidement des problèmes propres à une famille de situations en fonction d'un standard attendu. L'efficacité est la résultante de l'ensemble des caractéristiques d'une compétence comme capacité d'action autonome, procéduralisée, transférable, stable et standardisée.

L'I.A. qui agit avec compétence sera à coup sûr efficace.

La première série, consacrée à la formation, met en lumière ces points clés :

- ↳ La compétence est un but de la formation
- ↳ Les nouveaux I.A. diplômés sont censés avoir acquis la même compétence
- ↳ La compétence acquise en fin de cursus doit permettre une « productivité » immédiate

La deuxième série, axée sur les connaissances :

- ↳ L'I.A. doit hiérarchiser ses connaissances
- ↳ Face à un problème ou une tâche à accomplir, l'I.A. compétent *doit* avoir des connaissances qui lui permettent de comprendre et d'apporter la solution adaptée

Points clés de la troisième série :

- ↳ La compétence rend l'I.A. autonome. Autonomie encadrée par le décret de compétence et la « confiance » que lui accorde le M.A.R.
- ↳ La compétence sous-tend que l'I.A. ait automatisé certaines tâches (cela d'autant plus qu'elles sont répétitives).
- ↳ L'I.A. compétent sait reconnaître les « familles » de situations et transfère les connaissances qui peuvent l'être.

Points clés de la quatrième série :

- ↳ La compétence est censée être stable.
- ↳ La compétence est standardisée car critiquée, validée et suivie par rapport à une norme (pendant les études).
- ↳ La compétence est nécessaire pour être efficace.

A ce stade, il convient de recentrer le concept par rapport à notre champ de travail, notamment en ce qui concerne l'autonomie.

La fonction d'Infirmier Anesthésiste est rigoureusement encadrée par un décret de compétences

Ce décret fixe les actes qu'il est possible de réaliser et sous quelles conditions.

Nous partons donc du principe que l'I.A. compétent connaît parfaitement son champ d'activité. Dès lors, quand il est dit que la compétence rend l'I.A. autonome c'est de cette autonomie « relative » qu'il est question.

Nous pouvons dès lors dresser un « portrait robot » d'un *Infirmier Anesthésiste compétent*

L' Infirmier Anesthésiste compétent ...

- ① ...a suivi une formation dont le but est l'acquisition de cette même compétence.
- ② ...a acquis cette compétence sur la base d'un standard qui le rend productif et efficace au sortir du diplôme.

- ③...possède des connaissances de plusieurs natures et hiérarchisées.
- ④...utilise ses connaissances de manière pertinente pour résoudre un problème ou pour une tâche routinière.
- ⑤...est autonome, à condition qu'il ait automatisé certaines tâches et qu'il sache transférer ses connaissances.
- ⑥...doit continuer à l'être.

Pour la suite de notre réflexion, je vous propose de considérer comme acquis le fait qu'un Infirmier Anesthésiste qui vient d'être diplômé est compétent.

En effet, s'il a rempli toutes les conditions pour l'obtention du diplôme d'état c'est qu'il répond à un seuil de performance minimal et possède les connaissances minimales requises pour la bonne pratique de son métier.

Maintenant, on peut se demander si toutes ces compétences sont nécessaires dans l'exercice professionnel puisqu'elles s'effacent d'elle-même au profit de compétences axées sur la pratique quotidienne.

Il se crée en effet une sélection naturelle des savoirs et des capacités qui favorise ceux qui sont mobilisés régulièrement au détriment de ceux qui ne le sont pas.

Mais il faut rappeler la survenue d'accidents per-opératoire par nature imprévisibles qui nécessite alors des savoirs et des capacités qui risquent de s'être altérés aussi.

Rappeler aussi qu'être Infirmier Anesthésiste, c'est pouvoir exercer partout où le travail le nécessite, et rappeler enfin, qu'un Infirmier Anesthésiste compétent *doit continuer à l'être*.

Cela pourrait justifier les gardes car elles formeraient à la prise en charge de ces accidents et maintiendrait les compétences inexploitées.

Néanmoins ces gardes apportent-elles les conditions requises à l'apprentissage ?

Je vous propose donc d'essayer de faire le point sur ces conditions d'apprentissage.

IV / Le concept d'apprentissage

Le but de cette partie n'est pas de « fouiller » le concept (vaste) d'apprentissage mais plutôt de le relier à notre situation d'apprentissage « sur le tas » (par « sur le tas » on entend apprentissage empirique).

Nous essayerons de peindre un tableau idéal de ce que devrait être une situation de travail formatrice puis nous la confronterons au cadre des Urgences.

1) Concept d'apprentissage :

Répondons auparavant à cette question : pourquoi cette situation de travail devrait répondre à des critères de Formation ?

Parce que l'I.A.D.E. va acquérir une gestuelle, une capacité à résoudre un problème X dans une situation Y et la formation donne les moyens de comprendre ce qui pose problème, la reproduction du terrain ou de gestes normés ne saurait y suffire.

Pour commencer je vous propose de piocher dans les cours de pédagogie de l'I.F.C.S. des éléments qui pourraient nous éclairer.

a) En ce qui concerne l'apprentissage...

Voici quelques principes essentiels (6) :

1. L'apprentissage est une expérience personnelle
2. La motivation en est l'élément essentiel
3. La compréhension par l'I.A.D.E. de l'expérience d'apprentissage est importante
4. Le « feed-back » est important pour celui qui apprend

Mais ces principes sont généraux et il y a quelques points sur lesquels il semble important de mettre l'accent :

b) Des notions sur le mécanisme d'apprentissage :

- ★ Les apprenants n'ont pas tous les mêmes processus d'acquisition des connaissances et des savoir faire.
- ★ Les apprenants n'apprennent pas tous à la même vitesse.
- ★ L'apprenant ne peut transférer ses compétences que s'il a réfléchi à ce qu'il a fait et le met en mot : il conceptualise.

Référence :

(6) J-J GUILBERT « guide pédagogique pour les personnels de santé »-OMS-Genève-

c) Des notions sur la technique de formation :

- ★ S'il y a formation il doit y avoir des objectifs pédagogiques bien définis.
- ★ S'il y a acquisition des connaissances, des savoir faire, des savoir être etc. (des compétences, donc) il faut qu'il y ait validation de ces acquis. La validation serait la mesure de l'atteinte des objectifs pédagogiques.
- ★ Toujours dans cette logique, il faut choisir une méthode pédagogique. Cette méthode doit avoir les caractéristiques requises.

2) Concept d'apprentissage et Urgences :

Nous essayerons à présent de transférer ces conditions d'apprentissage aux conditions réelles d'exercice qui ont été choisies : les Urgences.

Certaines idées citées précédemment semblent pertinentes dans notre contexte, pour d'autres cela paraît moins évident. Je vous propose d'explicitier ces notions et de les superposer au terrain.

a) Principes de l'apprentissage et terrain

« L'apprentissage est une expérience personnelle »

Que l'on peut accompagner de :

« Les apprenants n'ont pas tous les même processus d'acquisition des connaissances et des savoirs faire. »

Cela est lié au processus cognitifs de chacun.

En effet, certains réussissent mieux une démarche inductive qui les conduit des faits et de leur propre expérience à la réalisation (réussir ? comprendre = savoir agi). Alors que d'autres seront tout à fait à l'aise dans le cadre d'une démarche déductive scolaire, voire universitaire, classique (comprendre ? réussir = savoir formalisé).

On peut donc supposer que les seconds auront plus de difficultés dans le cadre d'une formation « sur le tas ».

« La motivation en est l'élément essentiel »

L'apprentissage relève d'une démarche volontaire puisqu'il mobilise des processus cognitifs activés « consciemment ».

Au sujet de la motivation il me semble important de faire un distinguo entre la motivation qui pousse à venir travailler en garde et la motivation à apprendre.

En effet on peut très bien concevoir qu'un I.A.D.E. ne soit pas « motivé » pour venir travailler un soir de garde mais qu'il soit néanmoins motivé pour apprendre au décours de cette garde et inversement.

« La compréhension par l'I.A.D.E. de l'expérience d'apprentissage est importante »

C'est la formation initiale (en alternance) qui fournit le « bagage » nécessaire en matière de connaissance à la prise en charge d'une situation. L'I.A.D.E. qui vient aux Urgences doit avoir suffisamment de ce bagage pour comprendre la situation quitte, si la situation est trop complexe (certains tableaux cliniques sont parfois difficiles à comprendre), à utiliser la ressource la plus efficace : le M.A.R.

La compréhension d'une situation (en terme de problème) est nécessaire à la compréhension de sa solution.

« Le « Feed-back » est important pour celui qui apprend »

Apprendre « sur le tas » c'est, en partie, apprendre seul car les ressources peuvent ne pas être fiables ou ne pas être disponibles.

Le risque n'est donc pas négligeable d'apprendre *faux*.

Tout l'intérêt du feed-back réside alors en cette correction qu'il peut amener ou tout simplement en l'opportunité de fixer cet apprentissage par la reformulation ou la remobilisation.

b) Mécanismes d'apprentissage et terrain

« Les apprenants n'ont pas tous la même vitesse d'apprentissage »

Encore une notion qui semble évidente et qui est directement liée aux modes d'apprentissage que nous évoquions en premier.

Le problème, dans notre contexte, c'est que le soin (ou la performance) prime sur l'apprentissage et que, étant donné la gravité potentielle du patient et les conséquences de nos actes, il y a peu de temps pour l'apprentissage.

L'I.A.D.E. doit apprendre à la vitesse imposée par son travail.

Libre à lui, par la suite, de faire la démarche intellectuelle de revenir sur les événements.

Ce qui nous amène à la notion suivante :

« L'apprenant ne peut transférer ses compétences que s'il a réfléchi à ce qu'il a fait et le met en mots : il conceptualise »

« On aurait donc aux deux extrémités de ce qui est en réalité un continuum, deux types de compétences : les compétences incorporées, où le savoir faire reste prisonnier de l'action et de son contexte ; et les compétences explicites ou explicitées, où un processus d'analyse réflexive de la part du sujet, donc de conceptualisation, aboutit à une décontextualisation du savoir-faire, ce qui rend la compétence adaptable et transférable à d'autres situations. »
Pastré, (2001)

Nous sommes au cœur du problème car tout l'intérêt d'actualiser ses compétences c'est de pouvoir les transférer vers la pratique quotidienne.

En pratique l'I.A.D.E. ne retrouvera jamais à l'identique les situations qu'il aura trouvées aux Urgences ne serait-ce que parce que les lieux et les gens sont différents ou tout simplement parce que chaque patient est différent. D'où l'intérêt de décontextualiser, conceptualiser pour pouvoir exploiter ces acquis.

c) Technique de formation et terrain

En ce qui concerne la technique de formation, l'appliquer à notre contexte s'avère délicat.

En effet peut-on demander à une formation « sur le tas » qu'elle réponde à des critères qui relèvent, en principe, d'une formation initiale ? (Annexe II)

Trouvons-nous les « qualités d'un objectif éducationnel spécifique » dans cette formation sur le tas ?(Annexe II)

Pertinent ? Logique ?

Si il est avéré que les compétences s'altèrent en absence de mobilisation (par exemple dans notre contexte, la « capacité de gérer une situation critique ») et selon une logique de qualité de soins sécuritaire et optimale, cet objectif paraît pertinent et logique.

Précis ?

En se restreignant à la stricte situation de détresse vitale nous sommes, il me semble, dans un cadre « précis ».

Réalisable ?

La difficulté de la réalisation réside principalement, je crois, en l'organisation (« planning ») qu'elle nécessite. D'où cette organisation en « cycles », privilégiée car mieux gérable par rapport aux unités d'affectation des I.A.D.E.

Observable ? Mesurable ?

Ici, nous nous heurtons au problème de l'évaluation.

Seul, L'I.A. serait en mesure de mesurer si l'objectif est atteint.

Qu'en est-il de la méthode pédagogique ?

Y a t il une méthode pédagogique « sur le tas » ?

Pertinence ?

- Permet d'atteindre l'objectif.

Pour savoir si elle permet d'atteindre les objectifs, il faudrait évaluer les résultats...

- Respecte le domaine de l'apprentissage concerné.

Dans notre cas il s'agit d'anesthésies qui relèvent de l'urgence.

Respect des principes d'apprentissage ?

Cette spécificité a déjà été traitée dans « mécanismes et principes de l'apprentissage et terrain ».

Commodité ?

Cette spécificité est inapplicable à la formation « sur le tas », elle relève exclusivement de la formation en « école ».

Pour conclure, Il est bien délicat de parler de technique de formation et de méthode pédagogique lorsqu'on parle de formation « sur le tas ». Néanmoins il apparaît que la garde pourrait avoir assez de ces caractéristiques pour remplir la fonction de maintien à niveau.

En effet, il n'est pas réellement question de formation mais bien d'un « maintien à niveau » de la compétence I.A.D.E.

Il serait en effet inconcevable pour la qualité de soin et la sécurité dus au patient que l'on adresse en garde un I.A.D.E. « incompetent » pour qu'il se forme.

Il s'agit, donc, de maintenir la compétence I.A.D.E. à un niveau requis. Cela est assuré par la mobilisation des savoirs et des capacités mis en veille par la pratique quotidienne.

On peut concevoir que la partie « validation » soit faite par l'I.A.D.E. lui-même car en tant que professionnel il doit être capable de s'auto évaluer.

Quand à « l'appropriation » (pour ne pas parler de formation) elle pourrait se faire sans trop de problèmes selon des modalités qui restent à évaluer.

Deuxième partie : L'Enquête

I / Questionnement

Profession qui inclue parmi ses compétences la maîtrise des gestes et situations d'urgence, le métier d'I.A.D.E. peut, en fonction du lieu de sa pratique, avoir un aspect polymorphe ou, au moins, morcelé quand à l'étendue des pratiques qui le définissent.

D'autre part notre analyse nous a démontré, de manière évidente, le caractère « friable » des compétences non mobilisées au quotidien alors que la sécurisation des actes anesthésiques exige une maîtrise de l'ensemble des situations possibles.

Enfin il apparaît que le bénéfice formatif de la garde s'exprimerait peut-être mieux à l'aide des fondamentaux de l'ingénierie de formation.

De là, les hypothèses que nous formulons au terme de cette première partie :

-Les gardes aux Urgences sont un outil efficace de maintien des compétences de l'I.A.

-Le bénéfice formatif des gardes aux Urgences est soumis à l'utilisation à posteriori d'outils d'appropriation de l'expérience professionnelle vécue.

II / L'enquête

1) La préparation

a) Choix d'un outil :

Pour ce travail il me semble que l'outil le mieux approprié soit : **l'entretien**.

En effet il sera nécessaire d'évoquer ou il est possible que la discussion évolue vers :

- des actions passées,
- des représentations sociales,
- le fonctionnement et l'organisation psychique,
- des pratiques sociales.

Le choix est fait d'un entretien semi directif car certaines questions sont précises et ne seraient probablement pas abordées lors d'un entretien non directif.

b) Les objectifs de ces entretiens :

- rechercher ce que peut trouver l'I.A.D.E. dans la garde.
- évaluer la notion « d'effritement » des compétences.
- tenter d'évaluer l'efficacité en terme de maintien des compétences.
- faire émerger, si c'est possible, les techniques « d'apprentissage ».

c) La conception de l'entretien :

- La population :

Il s'agit exclusivement d'I.A.D.E. car c'est la seule population concernée par ce travail.

- L'échantillon :

Bien sur le choix se porte sur des I.A.D.E. qui prennent des gardes.

Il me paraît intéressant de choisir des I.A.D.E. qui ont des anciennetés différentes (en tant qu'Infirmier Anesthésiste) car le besoin de « maintien à niveau » pourrait être différent.

Toujours dans la même optique, il me semble judicieux de m'entretenir avec des I.A.D.E. qui ont l'opportunité de travailler sur plusieurs sites d'anesthésie et d'autres pas.

La répartition se fait à parts égales entre Ranguel et Purpan.

Un exemple d'entretien est disponible en Annexe III

d) Le guide d'entretien :

Voici les questions qui ont été abordées en entretien et leurs justifications.

- 1 **Quelle est votre ancienneté en tant que I.A.D.E. ?**
Cette question a pour but de déterminer si l'ancienneté est un facteur influençant la remise en cause. On pourrait en effet penser qu'un jeune diplômé n'en ressent pas autant le besoin qu'un plus ancien, par exemple.
- 2 **Quels ont été vos postes d'affectation en tant que I.A. ?**
Ici, il s'agit de savoir si la mobilité est un facteur faisant varier ce besoin de remise en cause.
- 3 **Avez-vous déjà profité de formations continues depuis votre diplôme d'I.A. ?**
Toujours dans cette optique, cette question permet de savoir si l'I.A. cherche à se former par plusieurs moyens.
- 4 **Quelle est la fréquence de vos gardes ?**
Cette question a deux intérêts. Le premier est de lancer doucement le sujet de la garde. Le deuxième est de savoir si la fréquence de ces gardes influence l'efficacité en terme de « maintien de compétence ».
- 5 **Quel est votre état d'esprit au moment de prendre une garde ?**
Question délicate faisant appel au ressenti de l'I.A. Ne pas attendre une réponse marquée mais amener l'entretenu à exprimer s'il est dans un état d'esprit positif (favorable à une bonne intégration de ce qu'il va vivre), ou négatif (minore l'intérêt de la garde quand à l'apprentissage).

En fonction de la réponse à cette dernière question les trois suivantes sont abordées sous deux angles :

état d'esprit positif

Que vous apportent ces gardes?
La garde vous fait-elle évoluer dans la compétence d'I.A.?
Qu'est ce qui a été transférable?

état d'esprit négatif

Qu'est-ce qui vous pose problème?
N'avez-vous trouvé aucun apport à ces gardes?
N'avez-vous rien trouvé de transférable dans ces gardes?

Ces trois questions tentent d'explorer l'apport qualitatif de ces gardes dans la pratique quotidienne de l'I.A.

- 6 **Quelle est la fréquence à laquelle vous avez rencontré des pathologies graves qui ont nécessité une réanimation ?**
Question qui a pour but de déterminer si la garde met réellement l'I.A. face à des situations d'urgences vitales.

- 7 **Avez-vous éprouvé la nécessité d'un feed-back avec le M.A.R.?**
cette question permet une approche des techniques d'appropriation (ou d'auto formation). Elle nécessite qu'une explication l'accompagne.
- 8 **Pensez-vous que la garde vous apporte ce que vous recherchez en elle?**
Tentative pour évaluer les retombées positives de la garde.
- 9 **La nécessité de ces gardes à-t-elle été justifiée ?**
Il s'agit de savoir si l'I.A.D.E. a cherché à avoir une raison valable pour effectuer les gardes ou s'il n'en a pas éprouvé le besoin. C'est une manière détournée d'amener la discussion sur la motivation.
- 10 **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**
On laisse le mot de la fin à l'entretenu.

2) Analyse

a) Analyse quantitative

- 1 **Quelle est votre ancienneté en tant que I.A.D.E. ?**
Il y a deux très jeunes diplômés : moins d'un an de D.E.(Diplôme d'Etat)
Il y a deux diplômés de moins de cinq ans de D.E.
Enfin, il y a deux diplômés de plus de dix ans.
- 2 **Quels ont été vos postes d'affectation en tant que I.A. ?**
Jeunes diplômés : pool Traumatolo./S.A.M.U./Ophtalmo. Et pool Purpan(tous les blocs).
Diplômés de moins de cinq ans : pool Traumatolo/S.A.M.U./Ophtalmo puis, actuellement Urologie/Endoscopie Digestive et Neurochirurgie pour le second.
Diplômés de plus de dix ans : le premier n'a travaillé qu'en neurochirurgie et le second en Chirurgie Maxillo-faciale, endoscopie digestive, puis actuellement en Plastie/Brûlés avec des astreintes de transplantation hépatique.
- 3 **Avez-vous déjà profité de formations continues depuis votre diplôme d'I.A. ?**
Les jeunes D.E. : 0
Les D.E. de moins de cinq ans : 0
Les D.E. de plus de dix ans : le premier formation à l'éthique (Diplôme Universitaire) et le second Informatique/douleur/Transports
Hélicoptères/formateur/communication.

- 4 **Quelle est la fréquence de vos gardes ?**
Elle est fixe : une garde toutes les 4 à 6 semaines pour Purpan et trois gardes toutes les 8 à 9 semaines à Rangueil.
- 5 **Quel est votre état d'esprit au moment de prendre une garde ?**
Tous les I.A. interrogés sont dans un état d'esprit positif lors de la prise des gardes. Trois d'entre eux estiment quand même qu'ils ressentent une légère appréhension, par crainte de ne pas être à la hauteur pour l'un d'entre eux mais surtout tant qu'ils ne connaissent pas le médecin avec qui ils vont travailler.
Un des I.A. (qui a plus de dix ans de D.E.) dit qu'il a longtemps ressenti cette appréhension mais que ce n'est plus le cas.
- Que vous apportent ces gardes ?**
La réponse est identique dans cinq réponses sur six : la possibilité de pratiquer l'Anesthésie avec d'autres techniques, d'autres matériels et d'autres personnes que celles retrouvées dans la pratique quotidienne. La sixième ne varie que légèrement et l'on retrouve, en plus, la notion de satisfaction personnelle.
- La garde vous fait-elle évoluer dans votre compétence d'I.A. ?**
Cette question étant très liée à la précédente, il n'a quasiment pas été nécessaire de la poser. En effet dans les propos qui suivaient venait systématiquement, non pas la notion d'évolution, mais de maintien à niveau des compétences. Tous ressentent cette nécessité de maintien de leurs compétences.
- Qu'est-ce qui a été transférable ?**
Aucun des I.A. interrogés n'a pu dire ou donner un exemple de pratiques ou connaissances transférables, de manière spontanée.
Puis en reformulant et en expliquant, deux I.A. expriment que, effectivement, pour l'un il a pu transférer la pratique de l'intubation « pour estomac plein » (dont il avait un peu perdu la maîtrise) et l'autre estime que cela lui a permis l'acquisition d'automatismes.
- 6 **Quelle est la fréquence à laquelle vous avez rencontré des pathologies graves qui ont nécessité une réanimation ?**
Les jeunes diplômés n'ont encore jamais été confrontés à ce type de situations. Les autres font appel à des souvenirs anciens, qui remontent au mois de janvier pour le plus proche, à deux ans (approximativement) pour le plus lointain.
- 7 **Avez-vous éprouvé la nécessité d'un feed-back avec le M.A.R. ?**
Pour tous il n'est pas systématique, notamment en l'absence de problèmes. En contre partie il est recherché lors d'une situation qui a posé problème ou simplement soulevé une question. Tous estiment que le M.A.R. est la ressource principale.
- 8 **Pensez-vous que la garde vous apporte ce que vous recherchez en elle ?**
Compte tenu des réponses formulées précédemment, tous les I.A. trouvent ce qu'ils cherchent dans la garde.

- 9 **La nécessité de ces gardes à-t-elle été justifiée ?**
Trois I.A. sur six ont eu une explication quand à l'utilité des gardes, sans pour autant l'avoir particulièrement recherché.
Les autres estiment ne pas en avoir eu besoin.
Tous pensent que la garde fait partie de leur travail et deux évoquent la nécessité d'être deux pour les inductions « estomac plein » (induction à quatre main).
- 10 **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**
Un I.A. émet l'avis que tous les I.A. devraient effectuer des gardes.
Un autre précise que pour lui, il ne s'agit pas de « gardes » mais de travail de nuit puisque cela entre dans le roulement en lieu et place de leur travail et non pas en plus.

b) Analyse qualitative

- 1 **Quelle est votre ancienneté en tant que I.A.D.E. ?**
La répartition répond aux critères de « l'échantillon ».
Des I.A. d'ancienneté différente répartis équitablement entre les deux hôpitaux.
Un jeune diplômé, un diplômé de moins de cinq ans et un de plus de dix ans par hôpital. Contrairement à ce que l'on aurait pu croire le besoin de maintenir ses compétences se fait sentir quel que soit l'ancienneté. En fait à aucun moment les I.A. ne veulent « perdre contact » avec des savoirs et des pratiques qu'ils n'utilisent pas au quotidien.
- 2 **Quels ont été vos postes d'affectation en tant que I.A. ?**
On note une mobilité plus importante des jeunes diplômés (lié à une organisation par pools), puisque dès leur sortie ils tournent sur plusieurs blocs opératoires. La mobilité n'est pas non plus, dirait-on, garante de maintien de compétences. En fait, il ne s'agit pas tant, pour certains, de maintenir savoirs et pratiques que de maintenir l'aptitude à les utiliser en toutes circonstances (ce qui fait d'ailleurs la valeur de la compétence). En effet on pourrait croire qu'un I.A. qui travaille au S.A.M.U., en Traumatologie et en Ophtalmologie pourrait ne pas avoir un réel intérêt pour les gardes, mais il semble que ce qui intéresse les I.A. c'est autant de mettre en jeu leurs compétences « maîtrisées » en dehors d'un contexte routinier que de maintenir celles qui ne le sont pas. Il ne faut pas oublier que pour l'instant, il n'y a que très peu de « pools » qui soient assez généralistes (en matière de spécialités) pour toucher toutes les techniques d'anesthésie. Seul le « pool » de roulants de Purpan pourrait se prévaloir de cette qualité, néanmoins l'I.A. entretenu estime être rassuré (par le fait de faire des gardes) quand il travaille dans les autres services.
- 3 **Avez-vous déjà profité de formations continues depuis votre diplôme d'I.A. ?**
Seuls les « anciens » ont bénéficié de formations. On peut l'expliquer pour les jeunes diplômés par le fait qu'en six mois ils n'aient pas pu en faire la demande. Les deux autres n'en ont pas fait la demande et expriment ne pas en avoir ressenti le besoin. Cela peut, en partie, être expliqué par le fait que certaines formations continues ont été incorporées au programme de l'école d'I.A. (douleur

transfusion...). En elle-même, la formation permet un contact avec des domaines « périphériques » qui auraient pu donner lieu à des formations continues (Dialyse, Circulation Extra Corporelle, Hygiène) et qui sont regroupés en modules transversaux. En matière de formation continue il y a assez peu de séquences que l'on pourrait dire « généralistes » et qui pourraient concerner n'importe quel I.A., de n'importe quel bloc opératoire et sa pratique quotidienne. En tout cas les formations choisies n'ont parfois pas de lien direct avec la pratique (Ethique, Transports hélicoptérés, Formateur...) et semblent plus liées à un besoin propre de l'agent. Serait-ce un premier élément de réponse pour affirmer que les gardes suffiraient à maintenir les compétences ? Rien n'est moins sûr compte tenu du nombre restreint de formations à la disposition des I.A. et concernant leurs pratiques.

4 Quelle est la fréquence de vos gardes ?

Sert d'introduction au thème de la garde. Cette question permet cependant de recueillir un indice de satisfaction. En ce qui concerne Purpan la fréquence convient car elle n'est ni trop fréquent (ce qui nuirait, selon les I.A. à leur qualité de vie car trop de week-end travaillés), ni pas assez (ce qui, selon certains, les rendrait trop peu entraînés aux urgences pour y être efficaces). En ce qui concerne Rangueil, cette fréquence convient car en regroupant les gardes sur une semaine cela amène un certain confort de vie et permet une implication plus importante de la part des I.A. (ils savent que la semaine sera consacrée aux gardes et s'organisent, autant qu'ils se préparent psychologiquement pour certains, en conséquence).

5 Quel est votre état d'esprit au moment de prendre une garde ?

On notera que tous sont dans un état d'esprit favorable. Le motif d'appréhension principal est de ne pas connaître le Médecin avec qui ils vont travailler, cela s'explique par le fait que les M.A.R. ont des approches parfois différentes du travail en garde ou par le simple fait d'un manque d'affinité avec certains. Cette appréhension semble se dissiper avec le temps (il y a probablement une prise d'assurance de l'I.A. et une meilleure connaissance de la population médicale liée à la répétition des gardes).

Que vous apportent ces gardes ?

Il ressort une idée forte, c'est l'opportunité qui est offerte de pouvoir se remettre en cause. Se remettre en cause en se confrontant à des techniques peu utilisées en pratique quotidienne, en utilisant du matériel dont on a pas l'habitude de se servir, faire face à des terrains et des pathologies que l'on a pas l'habitude de traiter et tout cela en collaboration avec un M.A.R. dont on ne sait pas trop quel niveau de confiance il est prêt à accorder.

La garde vous fait-elle évoluer dans votre compétence d'I.A. ?

Ce qui ressort ce n'est pas la notion d'évolution des compétences mais de maintien des compétences à travers ces mises en situation.

Qu'est-ce qui a été transférable ?

Cette question a suscité beaucoup de perplexité, je m'y attendais et avais prévu de l'expliciter. Malgré cela, peu d'I.A. ont su y répondre. On pourrait être tenté de

l'expliquer par un défaut de conceptualisation de leur part. Se serait simpliste, en fait il apparaît dans les entretiens que le travail en garde et surtout les conditions qui l'accompagnent sont trop éloignés du travail « de jour » pour permettre de transférer les expériences. Des deux réponses données, l'une concernant « l'estomac plein » semble pertinente, l'autre est beaucoup plus vague (quels sont ces automatismes ?)

De ces questions, qui explorent l'apport qualitatif des gardes, émerge une idée commune. Si l'I.A. attend de la garde qu'elle maintienne ses compétences, ce n'est pas autant pour renforcer celles qu'il met en œuvre tous les jours que pour celles qu'il ne mobilise pas. Tous les I.A. qui ont répondu en sont conscient et trouvent que, effectivement, la garde remplit ce rôle de maintien de compétence.

6 Quelle est la fréquence à laquelle vous avez rencontré des pathologies graves qui ont nécessité une réanimation ?

Visiblement la fréquence des gardes, même celle de Ranguel ne suffit pas à mettre assez souvent les I.A. en situation de gérer des patients nécessitant une réanimation importante. En effet certains ne se souviennent même pas de leur dernier patient « lourd ». quand aux plus récemment diplômés cela remonte au temps où ils étaient infirmiers. On ne peut donc pas dire que la garde permet aux I.A. de maintenir leurs compétences en ce qui concerne la gestion d'une réanimation importante.

7 Avez-vous éprouvé la nécessité d'un feed-back avec le M.A.R. ?

La pratique semble généralisée : on n'évoque le travail effectué avec le M.A.R., que s'il y a eu un problème ou un questionnement. Mais elle a le mérite d'apporter satisfaction aux I.A. (seul bémol, certains I.A. disent que ce feed back dépend pour beaucoup de la bonne volonté du médecin, ou plus simplement du contact qui s'est établi durant la garde). Le feed back semble donc être un outil utilisé inconsciemment mais gardant toute son utilité en l'absence d'autres outils d'évaluation et de validation du travail. En détail il apparaît que ces échanges sont nombreux car les approches de l'anesthésie en urgence sont elles aussi très variées (malgré les recommandations). Ce qui amène souvent les discussions sur le terrain du travail et crée ainsi une forme de feed back.

8 Pensez-vous que la garde vous apporte ce que vous recherchez en elle ?

Lors des questions concernant l'apport qualitatif des gardes, il est apparu que les I.A. trouvaient effectivement en la garde satisfaction en matière de maintien de compétences. Mais ce qu'ont laissé entrevoir les entretiens c'est aussi que la demande s'est adapté à l'offre. En effet, un des I.A. des plus anciens qui a eu à gérer si souvent, en urgence, des polytraumatisés ou des patients nécessitant une grosse réanimation s'est tourné vers les astreintes de transplantation hépatique pour avoir l'opportunité de gérer des grosses réanimations per-opératoire. Ce qui signifie qu'il ne trouvait plus aux Urgences matière à maintenir ce type de compétences. Et ce qui explique donc que la « demande » se soit orienté vers un maintien de compétences moins spécifiques et plutôt pluridisciplinaire.

9 La nécessité de ces gardes à-t-elle été justifiée ?

Apparemment, même s'ils n'ont pas demandé à ce que l'encadrement le fasse, les

I.A. se sont tous trouvés une justification : « ça fait partie du travail d'un I.A. », « il faut être deux pour la crash induction ». Aucun n'évoque à ce moment le fait que maintenir les compétences puisse justifier la garde, pourtant il apparaît à travers les autres questions que c'est leur principale motivation. Peut-être cette question sur la motivation vient-elle en trop alors que dans la plupart des entretiens, le maintien des compétences apparaît tôt dans les propos et est désigné explicitement comme étant le « moteur » de la motivation des I.A.

10 **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Le commentaire concernant la garde qui est comparée au travail de nuit a été fait par un I.A. de Ranguel (puisque leurs gardes s'étalent sur une semaine). C'est justement le fait de les avoir regroupées sur une semaine qui donne cette impression mais il s'agit quand même de gardes (puisque elles sont aussi effectuées en week-end).

III / Réinvestissement professionnel

A l'heure de dresser un bilan de ce travail il est intéressant de revenir au questionnement de départ.

Celui-ci était : les I.A. faisant, semblait-il preuve de compétences dans leur travail, pourquoi éprouveraient-ils le besoin de les remettre en question ? Et pourquoi en garde ?

La première partie du travail éclaire d'un point de vue théorique la problématique avec des notions importantes :

Les compétences nécessitent d'être continuellement entretenues pour maintenir un niveau de performance.

Les gardes, dans la mesure où l'on se place dans un contexte de maintien de compétences, semblent être un terrain où peut se concevoir un tel exercice.

La deuxième partie tente de répondre à la question : la garde est-elle effectivement un outil de maintien des compétences de l'I.A. ?

La réponse, en filigrane dans les propos des I.A. qui ont participés aux entretiens, semble aller dans le sens du oui.

Il y a cependant des points qui méritent d'être réexaminés à la lumière de l'ensemble du travail :

Tout d'abord, les I.A. sont laissés seuls juges des compétences qu'ils n'entretiennent pas dans leur pratique quotidienne et par là, seuls évaluateurs de leurs besoins.

Si l'on ajoute à cela le fait que les Urgences n'offrent pas (malgré le panel important des situations rencontrées) toutes les possibilités en matière d'anesthésie, on peut craindre que toutes les compétences ne soient pas maintenues par le simple fait de faire des gardes.

Une première solution à ce problème pourrait être de tenter d'évaluer les compétences des I.A. dans leur travail quotidien. Il s'agit d'un exercice délicat car cela pourrait être perçu, si mal amené, comme une critique d'« incompetence » ou un jugement de valeur alors qu'il ne s'agit que de faire « le point » sur les compétences. D'autre part la création et la mise en œuvre de « l'outil » d'évaluation semble être une tâche ardue. Néanmoins certains se sont attelés à la tâche, c'est le cas de Mr André Chauvet et de son travail « quels indicateurs de la compétence ? » (Grand Format, conseil et formation) (Annexe IV). Son travail semble intéressant, même s'il ne touche pas directement les soignants, car il concerne la fonction publique et une population de bibliothécaires chez qui, à l'image des soignants, évaluer la production (et autres signes tangibles de compétences) semble difficile.

Mais on ne pourrait pas se contenter d'évaluer les compétences sans proposer en retour un moyen de compenser les éventuelles déficiences.

Actuellement il semble que le travail de maintien des compétences soit dévolu aux Urgences, mais il faut admettre que les Urgences ne peuvent couvrir l'ensemble des compétences, c'est pourquoi il me semble pertinent de rechercher un outil complémentaire qui permettrait de pallier le manque.

On a coutume de comparer l'anesthésie au pilotage, à tel point que nous avons emprunté à son lexique le terme de check-list pour désigner la vérification de salle effectuée en préliminaire à une journée de travail. Je pense que cette similitude n'est pas usurpée, loin de là, car comme le binôme commandant/second à en charge des passagers, le binôme M.A.R./I.A. a en charge un patient. Toujours dans cette idée les deux équipes se doivent d'être toujours au maximum de leurs compétences pour garantir la meilleure des sécurités. D'où l'idée que l'aviation pourrait à nouveau nous prêter main forte.

En effet l'outil que je propose pour maintenir les compétences de l'I.A., serait directement inspiré d'un outil utilisé par les pilotes : le simulateur.

Bien sur il ne s'agirait pas de simuler un vol mais une anesthésie ou une partie d'une anesthésie à l'aide d'un faux bloc opératoire, d'un faux patient mais ou tout le reste(ou presque) serait vrai.

En fait, il s'agirait, sur un mode de formation continue, de simuler des situations d'anesthésie qui ont été vécu ou pourraient être vécues et qui présenteraient un problème éventuel (comme par exemple simuler un bronchospasme). Ces formations se feraient sur la base du volontariat, par petits groupes (ce qui permet un échange de vécu et pourquoi pas de compétences), le tout sous la coupe d'un I.A. formateur qui organiserait, ferait les liens, permettrait le feed back et enfin évaluerait (en ménageant les susceptibilités) le travail.

Quels seraient les avantages d'une telle formation ?

- 1) Créer une ambiance propice à l'apprentissage en :
 - supprimant le facteur stress
 - permettant la prise de recul par rapport à la prise en charge
 - permettant les questions (sans peur du ridicule)
 - donnant droit à l'erreur
 - multipliant les situations dans un temps réduit
 - aidant à la verbalisation, étape vers la conceptualisation et donc la capacité à transférer
- 2) On peut imaginer simuler les principales situations rencontrées en anesthésie.
- 3) On peut imaginer une formation « à la carte » en fonction des besoins des I.A. ou, si elle était mise en place, en fonction de l'évaluation des compétences préalablement faite sur le terrain.

Quels en seraient les inconvénients ?

- 1) Une impossibilité de reproduire tous les facteurs entrants en considération dans les prises en charge anesthésiques tels que :
 - le stress
 - les différents protagonistes (chirurgiens, Infirmières de Bloc...)
 - le M.A.R., en sa qualité de ressource et en sa qualité de prescripteur (il peut avoir des pratiques différentes des protocoles ou des recommandations)
- 2) Une impossibilité de reproduire toutes les situations possibles car chaque patient est unique...

3) Une impossibilité de reproduire tous les signes cliniques d'une situation donnée

Comme il est possible de le constater cette solution n'a pas que des avantages et n'a pas la prétention de régler à elle seule le problème du maintien des compétences. Mais elle pourrait, je pense, y contribuer, en plus de la garde qui, elle, apporte les éléments que ne peut produire la simulation et devient, de fait, le complément idéal (parce qu'elle permet la mise en situation de stress et le contact avec des protagonistes aux « actions imprévisibles »).

Enfin, et en guise de conclusion au travail exploratoire à proprement parler, je dirai que l'I.A. ne peut, et ne doit pas, se contenter de ce que l'institution lui apporte comme outil de maintien des compétences. Il lui appartient de maintenir ses connaissances à jour par la lecture ou la rencontre avec d'autres I.A., au décours de congrès par exemple, car il faut voir plus loin que les pratiques Toulousaines, ne serai-ce que pour permettre une analyse critique plus fine de nos propres pratiques.

Analyse critique

Très engagé dans la problématique soulevée à l'occasion du travail de recherche que j'ai choisi de réaliser, j'ai la sensation, en l'achevant, que les domaines qui le concernent (managériaux et pédagogiques) n'ont pas été suffisamment exploités à mon niveau.

Ensuite, c'est d'un point de vu d'élève que j'ai abordé ce travail avec, certes, un œil neuf mais, surtout, une absence de recul vis à vis de la profession qui empêche, probablement, une vue d'ensemble.

D'un point de vue méthodologique, l'enquête avoue quelques faiblesses.

De part sa réalisation d'une part, car les conditions d'entretiens n'ont pas toujours été idéales (pas de local disponible, bruits de fond, passage ou même présence de personnes autour...).

D'autre part, il aurait été judicieux de programmer un entretien avec un cadre I.A. afin de faire préciser le point de vue de l'encadrement concernant l'aspect « maintien de compétences »des gardes.

Enfin, de part les sujets abordés, en effet il aurait été judicieux d'avoir l'avis des I.A. sur la proposition d'une formation continue, savoir ce qu'ils en attendraient mais pour cela il aurait fallu l'avoir conçu par avance. Or le projet d'une formation qui simulerait les anesthésies ne m'est apparu qu'au cours de ces mêmes entretiens.

Plus globalement :

Il est apparu au fil de la recherche que le sujet était plus complexe qu'il n'y paraissait de prime abord. Il fait référence à beaucoup de notions théoriques qui sont d'autant plus difficiles à assimiler qu'elles font appel à des notions très abstraites pour qui cherche dans le travail d'un I.A. le coté pragmatique. Je dirai qu'il fut délicat d'évaluer mon travail en l'absence de références (première année ou le T.I.P. est inscrit au Diplôme d'Etat).

Conclusion

« Cent fois, sur le métier, tu remettras ton ouvrage ».

Voilà une maxime qui conviendrait parfaitement à l'Elève Infirmier Anesthésiste que je suis, plongé dans la conception de son Travail d'Intérêt Professionnel.

Mais ne conviendrait-elle pas à un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat qui se doit d'entretenir ses compétences ?

Probablement : oui.

C'est ce qui ressort principalement de ce travail, ainsi que l'idée de multiplier les outils de maintien des compétences pour que chacun y trouve son compte. Ainsi nous pourrions garantir une sécurité anesthésique toujours meilleure pour des patients toujours plus nombreux.

A titre personnel et d'un point de vue pédagogique, je dirais que ce travail m'a effectivement beaucoup appris de mon futur métier, parce qu'il m'a obligé à prendre un certain recul. Il m'a permis, aussi, de comprendre ce qu'est un concept, et par là, de comprendre le concept de compétence.

Parti avec l'idée de faire un travail qui aurait pour cadre les Urgences, je me suis laissé emporter par les lectures que mes recherches ont placé sur ma route. Lectures qui m'ont éloigné de mon idée première au fur et à mesure qu'elles me permettaient d'affiner mon sujet. Ainsi moi qui voulais parler d'Urgences, me retrouvais à parler de compétences.

Ce qui m'amène au mot de la fin :

Le Travail d'Intérêt Professionnel est à l'image du travail d'Infirmier Anesthésiste.

Ils sont faits d'allers et retours, de remises en question, garants d'une constante évolution vers le meilleur.

Et le meilleur pour l'Infirmier Anesthésiste, c'est le meilleur pour le patient.

Bibliographie

- (1) CARRE (P) et CASPAR (P), Traité des sciences et des techniques des la formation Paris, Dunod, 1999
- (2) KATZ R.L., Skills of an effective administrator, Harvard Busines Review, vol.51, 1974.
- (3) DE MONTMOLLIN (M), 1984, L'intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive, Berne, Peter Lang.
- (4) SAMURCAY (R) et PASTRE (P), 1995, Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences, Education permanente N° 123
- (5) LE BOTERF (G), 1995, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris, Editions d'organisations. LE BORTEF (G), 1997, compétence et navigation professionnelle, Paris, Editions d'organisation.
- (6) J-J GUILBERT « guide pédagogique pour les personnels de santé »-OMS-Genève-

Les principales e-sources :

www.cadredesante.com
www.sfmua.org
www.francois.muller.free.fr/diversifier
www.snua.net
www.bdsp.tm.fr
www.sfar.org
www.legifrance.gouv.fr
www.invivo.net/samu75
www.cnam.fr
www.oru-mip.fr

Annexe I
Extrait de : Pôle de l'Est (1996), Processus de
planification...

Annexe II
**« qualités d'un objectif éducationnel
spécifique » et « Grille de spécification : choix
d'une méthode pédagogique »**

Annexe III

Entretien avec un I.A.

Annexe IV
**André Chauvet : « Quels indicateurs de la
compétence »**