



Ecole d'Infirmier Anesthésiste

Promotion 2016 – 2018

MEMOIRE PROFESSIONNEL :

**L'émergence des compétences collectives dans la
réanimation cardio-pulmonaire intra-hospitalière**

Directeur méthodologique : Fabien CHARDAIN

Conseiller expert : Jérôme POMART

Amandine BOULEFRAKH



Ecole d'Infirmier Anesthésiste

Promotion 2016 – 2018

MEMOIRE PROFESSIONNEL :

**L'émergence des compétences collectives dans la
réanimation cardio-pulmonaire intra-hospitalière**

Directeur méthodologique : Fabien CHARDAIN

Conseiller expert : Jérôme POMART

Amandine BOULEFRAKH

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je tiens à remercier tout particulièrement les personnes suivantes :

Monsieur CHARDAIN Fabien, mon directeur méthodologique, pour m'avoir encadrée et guidée, pour sa disponibilité et son enthousiasme ;

Monsieur POMART Jérôme, mon conseiller expert, pour son aide et son écoute ;

Le Docteur CHARLES Aude, pour ses précieux conseils ;

L'équipe pédagogique et Madame Aubry pour leur accompagnement ;

Tous les professionnels que j'ai rencontrés lors de ces deux années de formation, pour leur accueil et leur encadrement,

Tous ceux qui m'ont aidée et encouragée tout au long de ce travail ;

Mes collègues de promotion et tout particulièrement Sarah et Damien pour leur soutien lors des moments difficiles et pour tous les bons moments passés ensemble ;

Mes parents pour les valeurs importantes de la vie qu'ils m'ont transmises et pour leurs relectures attentives ;

Mon conjoint Benoit pour son amour et son soutien sans faille au quotidien.

Que toutes ces personnes reçoivent l'expression de ma profonde gratitude.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE	2
1.1. Situation de départ.....	2
1.2. Questionnement	2
1.3. Question centrale.....	6
1.4. Hypothèses.....	6
2. DEUXIEME PARTIE : CADRE CONTEXTUEL	9
2.1. L'intra-hospitalier	9
2.2. L'infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE)	10
2.3. La situation d'urgence.....	14
2.4. L'arrêt cardio-respiratoire (ACR).....	18
2.5. Synthèse.....	23
3. TROISIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL.....	25
3.1. Le concept de compétence.....	25
3.2. Le concept de travail en équipe.....	36
3.3. Le concept de communication	44
3.4. Le concept d'apprentissage expérientiel	50
3.5. Synthèse.....	57
4. QUATRIEME PARTIE : ENQUÊTE	58
4.1. Hypothèses retenues.....	58
4.2. Justification de l'enquête	58
4.3. Présentation des objectifs de l'enquête.....	59
4.4. Méthodologie de l'enquête.....	60
4.5. Analyse et résultats de l'enquête.....	62
5. CINQUIEME PARTIE : PROJET PROFESSIONNEL	95
5.1. La simulation in situ	95
5.2. Le débriefing.....	100
CONCLUSION.....	104
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES MATIERES	
LISTE DES FIGURES	
LISTE DES TABLEAUX	
ANNEXES	

Glossaire

ACR : Arrêt cardio-respiratoire

ACIH : Arrêt cardiaque intra-hospitalier

ALS : Advanced Life Support

BLS : Basic Life Support

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRRRA : Centre de réception et de régulation des appels

CSIH : Chaîne de survie intra-hospitalière

EIADE : Etudiant infirmier anesthésiste diplômé d'état

ES : Etablissement de Santé

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

MAR : Médecin anesthésiste réanimateur

MCE : Massage cardiaque externe

RCP : Réanimation cardio-pulmonaire

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

*« Se réunir est un début ;
Rester ensemble est un progrès ;
Travailler ensemble est la réussite. »*

Henry Ford

INTRODUCTION

Le mémoire professionnel vient conclure ces deux années de spécialisation. Sa rédaction s'inscrit dans la compétence 7, intitulée « *Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l'anesthésie, la réanimation, l'urgence et l'analésie* »¹, du référentiel de formation des étudiants Infirmiers-Anesthésistes. Les objectifs principaux de ce travail sont d'initier l'étudiant à la recherche mais également à développer une attitude réflexive. Pour se faire, nous sommes attentifs aux situations que nous rencontrons en stage et qui nous interpellent afin d'analyser et améliorer nos pratiques professionnelles.

Tout au long de notre formation à l'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims, nous avons bénéficié d'enseignements théoriques et pratiques en urgence-réanimation. D'où l'envie et la motivation d'approfondir nos connaissances dans ce domaine.

De plus, dans l'accompli de nos stages, nous avons rencontré plusieurs situations d'urgences vitales tels que les arrêts cardio-respiratoires² (ACR), que ce soit en extra-hospitalier ou en intra-hospitalier, et mesuré l'importance du rôle de l'infirmier anesthésiste (IADE) dans la prise en charge de ces derniers.

Partant, j'ai décidé d'aborder, dans ce présent mémoire, le thème du rôle de l'IADE dans la prise en charge des urgences intra-hospitalières, en m'interrogeant notamment sur l'influence de ce rôle sur l'ensemble des professionnels qui participent à la réanimation.

Ce mémoire professionnel se divise en cinq parties et répond à la méthodologie d'un travail de recherche. Dans une première partie, nous présenterons la problématique de recherche de ce mémoire. Nous exposerons dans une deuxième partie le contexte de ce travail en insistant sur l'IADE et les professionnels des services de soins généraux. Dans une troisième partie, sera abordé un cadre théorique définissant et présentant les concepts de la compétence, du travail en équipe, de la communication et de l'apprentissage expérientiel. Dans la quatrième partie, nous mènerons une enquête sur le terrain. Les données apportées par les professionnels de santé seront étudiées et analysées afin de nous permettre de vérifier les hypothèses de travail retenues. Face à ces constats, nous proposerons dans une dernière partie notre projet professionnel qui sera présenté ultérieurement lors de la soutenance du mémoire.

¹Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026230199&categorieLien=id> consulté le 28 mai 2018.

²« *Etat de mort apparente avec absence de ventilation spontanée, absence de réponse à la stimulation, abolition du pouls fémoral et carotidien, hypotonie généralisée* ». dans Attias D., Bresse B., Lellouche N. Médecine KB-Cardiologie Vasculaire. Editions Vernazobres Grego : 2009. France. p 284.

1. PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE

En ce qui nous concerne, nous avons été interpellés au cours de l'un de nos stages d'urgence-réanimation. Nous avons réalisé un stage en service de réanimation³ polyvalente au sein d'un CHU. Dans cet établissement de santé (ES), les IADE et les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) des services de réanimation et des services mobiles d'urgence-réanimation (SMUR) interviennent en équipe dans les différents services de l'ES sur les cas d'urgence vitale.

1.1. Situation de départ

Nous avons vécu la situation suivante. Accompagnée d'un(e) IADE du service de réanimation, d'un interne et du MAR, nous sommes appelés en urgence pour intervenir sur un arrêt cardio-respiratoire dans un service de médecine de l'ES. A notre arrivée, la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) n'est pas commencée.

Dans cette situation, l'équipe de réanimation a dû faire face à plusieurs événements imprévisibles tels que l'échec des différentes voies d'abord et de l'intubation.

Finalement, il s'agit d'une tamponnade⁴. Un chirurgien thoracique arrive en urgence et réalise une thoracotomie⁵ sur place. En parallèle, nous suivons les consignes du MAR.

Ayant épuisé tous les produits de notre sac d'urgence nous faisons amener le chariot d'urgence du service. L'IDE du service nous passe le matériel dont nous avons besoin.

Après une heure de réanimation, le patient est décédé. Nous récupérons nos affaires et nous rejoignons notre service de réanimation sans aucun échange avec l'équipe restée sur place.

Mais devant une telle situation comment ne pas être interpellé.

1.2. Questionnement

Tout d'abord, nous nous sommes demandés ce qu'est une urgence vitale. C'est une situation d'apparition brutale et imprévisible qui peut engager le pronostic vital du patient. Elle comprend la détresse neurologique, la détresse respiratoire et la détresse cardio-vasculaire. Chacune d'entre elles peut amener à l'arrêt cardio-respiratoire. Par conséquent, nous avons décidé de cibler l'objet d'étude de notre mémoire sur l'arrêt cardiaque intra-hospitalier (ACIH).

³« Les unités de réanimation doivent être aptes à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës circulatoires, rénales et respiratoires, mettant en jeu leur pronostic vital. Ces patients nécessitent la mise en œuvre prolongée de méthodes de suppléance telles que la ventilation artificielle, le support hémodynamique, l'assistance rénale » défini par la Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

⁴« Compression des cavités cardiaques avec adiastralie, c'est-à-dire impossibilité de remplissage à cause de la compression et donc une diminution du volume d'éjection systolique avec diminution de la pression artérielle », complication « des péricardites et des épanchements péricardiques ». C'est « une grande urgence thérapeutique ». Attias D., Bresse B., Lellouche N. Médecine KB-Cardiologie Vasculaire. Editions Vernazobres Grego : 2009. France., p 305.

⁵Ouverture chirurgicale du thorax. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/thoracotomie/77925>

Les arrêts cardio-respiratoires sont un véritable enjeu de santé publique. En France, ils sont responsables de 50 000 décès par an. Cependant, nous manquons de données épidémiologiques concernant les ACR à l'hôpital. D'après le registre électronique des arrêts cardiaques français (RéAC), leur pourcentage en intra-hospitalier s'élève à 5% des ACR totaux entre le 1^{er} mai 2017 et le 30 avril 2018⁶ (Cf. Annexe I. Répartition des arrêts cardiaques en France entre le 1^{er} mai 2017 et le 30 avril 2018).

Nous avons donc recherché les données épidémiologiques de notre hôpital afin de mesurer l'incidence de l'arrêt cardiaque (Cf. Annexe II. Etude épidémiologique d'un CHU sur l'arrêt cardiaque intra-hospitalier 2016).

Sur l'année 2016, nous avons étudié la liste des dossiers générés par les appels internes d'un CHU. Au sein de celui-ci, il existe un numéro d'appel unique concernant la prise en charge des urgences intrahospitalières. Ces appels sont régulés au sein d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA), et tracés par ces derniers. Sur 1646 appels, nous en avons relevé 99 pour des arrêts cardiaques diagnostiqués, soit une incidence de 0,06. S'ajoutent probablement à ces chiffres ceux qui n'ont pas été diagnostiqués et qui se retrouvent classés dans d'autres disciplines telles qu'en cardiologie ou encore en cas médical. Sans oublier les ACR qui n'ont pas été recensés faute d'appel au CRRA. Par exemple, si l'ACR survient dans un service de réanimation, l'équipe d'urgence intra-hospitalière est déjà sur place, il n'y aura pas de trace de leur intervention.

Près de 45 % des ACR surviennent dans des services de soins généraux, disposant d'un plateau technique pauvre et des professionnels moins expérimentés (Cf. Figure 1. Les lieux d'intervention des ACIH). C'est pourquoi nous avons décidé de cibler la prise en charge des ACR dans les services de soins généraux.

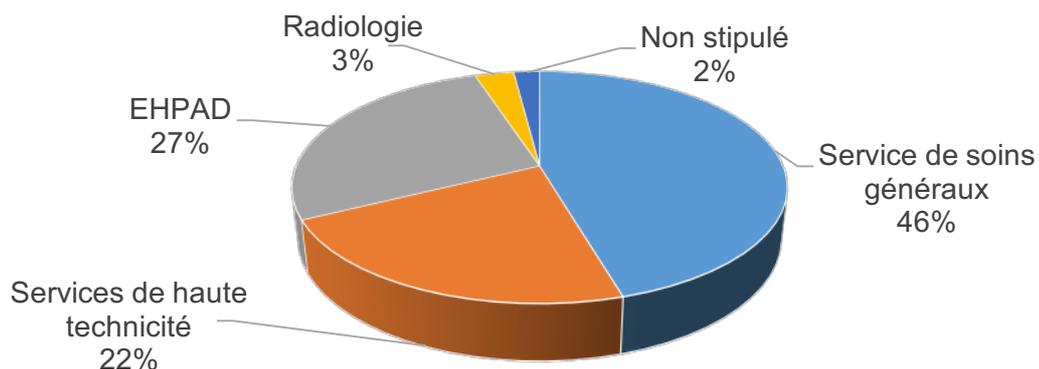


Figure 1. Les lieux d'intervention des ACIH.

Le taux de survie des ACR est de 2 à 3%. Leurs fatalités et leurs conséquences demeurent largement tributaires de la précocité de la réanimation cardio-pulmonaire. En

⁶http://registreac.org/?page_id=3428 consulté le 26 mai 2018.

l'absence d'une prise en charge immédiate, plus de 90% des ACR sont fatals. La RCP augmente les chances de survie jusqu'à plus de 50%.

Les professionnels de santé sont dans l'obligation de se former aux soins d'urgence. Ils sont titulaires de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences de niveau 2 (AFGSU 2)⁷. Certes, les progrès de la formation à l'urgence sont un facteur d'amélioration de la prise en charge de l'ACR. Mais, nous recensons que moins de 20% des personnes témoins d'un ACR réalisent les gestes de premier secours⁸. La RCP n'étant pas toujours débutée, cette formation paraît insuffisante. Nous nous demandons quel type de formation est optimal et à quelle fréquence.

L'équipe d'urgence intra-hospitalière se retrouve à pratiquer dans un milieu inconnu avec une méconnaissance de l'architecture, des différents acteurs et du matériel. Sans compter sur le fait qu'il y a un retard de prise en charge. En effet, comment est-il possible d'assurer une prise en charge de qualité et la sécurité du patient dans de telles circonstances. N'était-il pas nécessaire de discuter de la prise en charge en équipe afin d'améliorer nos pratiques ? Afin de dédramatiser la situation ? Les choses doivent-elles s'arrêter après le transfert ou le décès du patient ? Est-ce que le travail de l'IADE s'arrête là ?

Ainsi, nous nous sommes demandés s'il existe des recommandations concernant la prise en charge de l'ACR au sein d'une structure hospitalière.

Dans le cadre de l'organisation des urgences intra-hospitalières, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)⁹ expose le concept de « chaîne de survie intrahospitalière » (CSIH). Il s'agit de l'ensemble des actions à mettre en œuvre immédiatement après la survenue d'un arrêt cardiaque afin d'assurer une prise en charge rapide. Elle se divise en quatre grands points : l'alerte immédiate, le massage cardiaque, la défibrillation précoce et les soins spécialisés (Cf. Figure 2 : La Chaîne de Survie).



Figure 2. La Chaîne de Survie

⁷La formation aux gestes et soins d'urgences (FGSU) est une formation aux premiers secours destinée en France aux professionnels de la santé travaillant dans les établissements de santé. Ils donnent lieu à la délivrance d'une attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, l'AFGSU.

⁸<https://www.fedecardio.org> consulté le 26 mai 2018.

⁹SFAR. « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières ». Conférence d'experts. 2004.

Pour répondre à une prise en charge de l'arrêt cardiaque dans les meilleurs délais, elle recommande la mise en place d'une équipe spécifique, formée, composée d'au moins un médecin sénior (un MAR ou un urgentiste), et d'un(e) infirmier(e), intervenant si possible en même temps. Nous nous demandons alors quelles sont les caractéristiques du professionnel de santé et de l'équipe pour réagir rapidement et efficacement face à un ACR en intra-hospitalier.

Il est également recommandé d'utiliser la pratique du débriefing pour améliorer la prise en charge du patient. En effet, « *il a été démontré que la réalisation de débriefings factuels axés sur les performances contribue à améliorer les résultats des équipes de réanimation* »¹⁰.

Nous connaissons l'existence du retour d'expérience, pourtant ce n'est pas fait suite à des situations difficiles. En quoi l'IADE est-il légitime dans le retour d'expérience face à une situation d'urgence vitale intra-hospitalière ? Quand et comment organiser un temps d'échange avec l'équipe en tenant compte des contraintes techniques et organisationnelles ?

Puis, nous nous sommes demandés quelle est la place de l'infirmier anesthésiste dans la prise en charge de ces urgences.

Le référentiel d'activité et le décret de compétences de l'IADE stipulent qu'il exerce en anesthésie, en réanimation, en urgence et dans la prise en charge de la douleur. Il réalise ainsi des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation et de la médecine d'urgence¹¹. Comme le remarque le Syndicat National des Infirmier(e)s Anesthésistes (SNIA), sa formation lui permet l'acquisition des connaissances et de la maîtrise des gestes d'urgence et de survie¹². Face à une urgence extrême et vitale, l'IADE est tenu de mettre en œuvre sans attendre les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence. De surcroît, il est confronté au quotidien aux urgences et à la réanimation per opératoire. Nous nous demandons alors quelles sont les compétences de l'IADE dans la prise en charge d'une situation d'urgence vitale et notamment dans le cadre d'un arrêt cardio-respiratoire.

Il a également l'habitude de travailler en étroite collaboration avec le MAR. En effet, ce dernier lui confie la réanimation du patient¹³. Les MAR s'absentent en période peropératoire (Cf. Annexe III. Présence du MAR pendant l'entretien de l'anesthésie.), 1% seulement sont toujours présents. En urgence intra-hospitalière, le médecin est également amené à confier la RCP à l'IADE. Nous nous demandons alors en quoi l'autonomie de l'IADE peut-elle favoriser la prise en charge du patient présentant un ACR.

¹⁰<https://cprguidelines.eu> consulté le 11 décembre 2017.

¹¹Décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste

¹²SNIA. Recommandation pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. 2^{ème} édition : 2007. sur <http://www.snia.net> consulté le 12 octobre 2017.

¹³Faucon T. « Mieux connaître les IADE ». OxyMag N°63 (avril 2002).

Nous avons vu précédemment que la SFAR¹⁴ recommande une équipe spécifique pour prendre en charge les ACIH. Le Pr Gueugniaud P.Y. précise que l'équipe est composée d'un MAR ou un urgentiste sénior, d'un IADE ou d'un IDE et d'un aide-soignant (AS)¹⁵. Nous nous demandons alors quel est le nombre idéal de professionnel nécessaire pour assurer la RCP. De plus, ils ne sont pas seuls à prendre en charge l'arrêt cardiaque. Il ne faut pas oublier que les soignants du service sont eux aussi présents. Par exemple, l'infirmier(e) du service donne l'alerte lorsqu'il identifie un patient présentant un arrêt cardiaque puis débute le massage cardiaque. En effet, en l'absence d'un médecin, l'IDE « *accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin* »¹⁶. Par conséquent, le médecin et l'infirmier(e) du service se retrouvent souvent face à l'urgence vitale. L'équipe de la CSIH prend la suite de la prise en charge pour effectuer les soins de réanimation. Nous nous demandons alors comment l'équipe de la CSIH peut intégrer l'équipe déjà présente à la réanimation du patient.

1.3. Question centrale

Une situation d'urgence vitale peut évoluer rapidement, souvent ponctuée d'événements imprévus. Chacune des décisions prises ou des gestes effectués peuvent engager le pronostic vital du patient en ACR. L'équipe d'urgence intra-hospitalière, s'appuie alors sur ses compétences techniques (connaissances théoriques et pratiques) mais également sur des compétences non techniques (relationnelles et intellectuelles) pour s'intégrer rapidement au sein d'une équipe déjà présente afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de l'ACR. Ainsi, suite à nos premières recherches et nos questionnements nous en sommes arrivés à la question centrale suivante :

« Par quels moyens l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) peut-il favoriser l'émergence de compétences collectives entre les équipes d'urgence intra-hospitalière et de service dans le cadre de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier chez l'adulte en service de soins généraux ? »

1.4. Hypothèses

Le sociologue Le Boterf G.¹⁷ explique que la compétence a une dimension individuelle mais aussi collective. En effet, chaque professionnel de santé doit faire preuve d'un niveau de compétence individuelle minimal pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient. Cependant, la complexité des situations professionnelles de type ACR, qui sont à la fois rares et

¹⁴SFAR. « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières ». Conférence d'experts. 2004.

¹⁵La Revue des SAMU - Médecine d'Urgence - 2012 - 38.

¹⁶Article R. 4311-14 du décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmier(e).

¹⁷Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2000. Paris. Pp 206.

imprévisibles en service de soins généraux, nécessite une mise en commun des compétences à travers la collaboration interdisciplinaire entre les équipes de service et d'urgence intra-hospitalière, et ce, en tenant compte de l'environnement dans lequel ils exercent.

L'auteur explique que la compétence collective n'est pas la somme des compétences individuelles mais l'association de ces dernières. Le travail en équipe est indispensable¹⁸. Nous nous demandons alors comment l'IADE peut réussir à conjuguer l'ensemble des compétences individuelles de ces deux équipes.

Nous pensons que l'équipe d'urgence intra-hospitalière dont fait partie l'IADE peut intervenir sur trois temps de la prise en charge de l'ACR : avant la survenue de l'ACR, pendant la réanimation cardio-respiratoire, et après cet événement. Nos hypothèses suivront ainsi ces trois temps importants de la prise en charge de l'ACR.

Hypothèse 1 :

Les professionnels de santé des services sont donc les premiers témoins de l'ACR. Ils doivent débiter la RCP le plus précocement possible en attendant le relais de l'équipe de réanimation spécialisée. Cependant, malgré leur formation aux gestes de soins d'urgence, leurs compétences deviennent insuffisantes pour assurer une prise en charge optimale. Cela impacte directement la prise en charge spécialisée de l'équipe de la CSIH et donc le pronostic du patient. L'expertise de l'IADE en urgence-réanimation fait de lui une personne ressource et un formateur auprès des professionnels de santé. Nous suggérons ainsi l'hypothèse suivante :

« La formation continue in situ des professionnels de l'équipe de service par l'IADE contribue au développement des compétences collectives pour assurer une prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire de qualité ».

Hypothèse 2 :

Dans le cadre de l'arrêt cardiaque, les auteurs démontrent l'importance du travail en équipe en expliquant que la qualité du leadership et du management minimise d'autant plus les erreurs de réanimation que les compétences, les connaissances et les comportements individuels¹⁹. La polyvalence des activités de l'IADE fait de lui un infirmier spécialisé au centre d'équipes pluridisciplinaires. Il a un rôle d'organisation et de répartition de son activité, et de communication avec les acteurs des autres services. Nous proposons ainsi l'hypothèse suivante :

¹⁸Ornato Joseph P., Peberdy M.A., Renee D. Reid, V. Feeser R., Harinder S. Dhindsa, et NRCPR Investigators. « Impact of Resuscitation System Errors on Survival from In-Hospital Cardiac Arrest ». *Resuscitation* 83, n° 1 (janvier 2012) : 63-69.

¹⁹Ibid.

« Le management technique par l'IADE permet une synergie des moyens au profit du collectif pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire ».

Hypothèses 3 :

D'après les directives de réanimation de 2015, rendre un feed-back sur les performances de l'équipe d'urgence intra-hospitalière peut améliorer les résultats de la prise en charge de l'ACR. Il s'agit de faire des retours en temps réel sur des données factuelles (par exemple sur l'efficacité des compressions thoraciques). Ils peuvent se faire également après la situation d'urgence, dans le cadre d'un débriefing²⁰²¹. Le débriefing technique permet d'identifier les erreurs de réanimation en termes de qualité et d'empêcher qu'elles ne se reproduisent. Il participe à la formation continue à la réanimation.

L'IADE a l'habitude de travailler dans un système complexe tel que le bloc opératoire, sous protocole anesthésique. Il est donc capable d'appliquer des algorithmes tels que celui de l'ACR. De par sa formation, l'IADE sait prendre de la distance. Sa réflexivité lui permet de prendre du recul afin d'analyser une multitude de signaux et d'en identifier un problème.

De surcroît, son expérience en tant qu'infirmier lui permet d'adapter son discours. Il est plus facile d'échanger entre les professionnels d'une même fonction. Nous avançons ainsi l'hypothèse suivante :

« La mise en place d'un débriefing technique par l'IADE contribue à l'émergence des compétences collectives pour rendre la prise en charge de l'ACR optimum ».

Notre problématique porte donc sur l'émergence des compétences collectives dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier. Nos hypothèses de travail nous amènent à développer différents concepts. Nous présentons dans cette deuxième partie le cadre théorique de ce travail de recherche.

²⁰ Wolfe, Heather, Carleen Zebuhr, Alexis A. Topjian, Akira Nishisaki, Dana E. Niles, Peter A. Meaney, Lori Boyle, et al. « Interdisciplinary ICU Cardiac Arrest Debriefing Improves Survival Outcomes* ». *Critical Care Medicine* 42, n° 7 (juillet 2014): 1688-95.

²¹ Edelson DP, Litzinger B, Arora V, et al. Improving in-hospital cardiac arrest process and outcomes with performance debriefing. *Archives of internal medicine* 2008 ;168 : 1063-9.

2. DEUXIEME PARTIE : CADRE CONTEXTUEL

2.1. L'intra-hospitalier

Tout d'abord nous allons décrire l'hôpital, afin de comprendre le contexte, dans lequel, s'effectue ce travail de recherche. Ensuite, nous ciblerons les services de soins généraux.

2.1.1. L'hôpital et son organisation

L'hôpital est un établissement de santé qui a des missions de soins décrites dans le Code de la Santé Publique (CSP). Il assure « *le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes* »²². L'hôpital est une organisation économique qui repose sur une multitude d'individus aux professions, compétences et fonctions multiples et diverses. Depuis 2007, nous parlons d'hôpital-entreprise.

Les théories de la contingence nous permettent de comprendre qu'il existe des facteurs internes et externes qui influencent l'organisation des entreprises²³. Ce que nous retenons de ces théories, est que, plus l'organisation est grande et complexe, plus la coordination et la communication entre les professionnels sont difficiles. L'hôpital étant une institution complexe, de grande taille, avec de nombreux professionnels, il nécessite alors une structuration lui permettant de limiter les difficultés de coordination et de communication. Ainsi, les ES sont organisés en pôles d'activité depuis l'ordonnance du 2 mai 2005²⁴. Un pôle d'activité est un regroupement de services ayant des activités communes ou complémentaires, qui contribue aux missions de l'hôpital. Nous nous intéressons dans ce travail aux services de soins généraux.

2.1.2. Particularité des services de soins généraux²⁵

Chaque service se compose d'une ou plusieurs unités fonctionnelles. Ce sont des structures élémentaires de prise en charge des patients par une équipe soignante ou médicotechnique.

Les services de soins généraux offrent des soins aux patients adultes qui présentent des problèmes médicaux ou chirurgicaux généraux tels que des problèmes respiratoires, neurologiques ou encore traumatologiques. Nous pouvons y rencontrer tous types de

²²Article L6111-1 du Code la Santé Publique relatif aux missions des établissements de santé sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171442&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111223> consulté le 3 mars 2018.

²³Josien S., Landrieux-Kartochian S. Management des entreprises. 3^{ème} édition. Editions Gualino : 2017. Espagne. P 34 à 37.

²⁴<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000606537&dateTexte=&categorieLien=id> consulté le 3 mars 2018.

²⁵Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des Etablissements de Santé sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000606537&dateTexte=&categorieLien=id> consulté le 3 mars 2018.

pathologies. Ces unités disposent d'un plateau technique pauvre et des professionnels moins expérimentés à l'urgence-réanimation, contrairement aux unités de soins plus techniques telles que les unités de réanimation, de soins intensifs, d'urgence et le bloc opératoire. La réanimation du patient présentant un ACR dans ces unités de soins est souvent réalisée par des professionnels de santé de fonctions et de formations variables (médecins, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, agents de service hospitalier, etc.). Il y a donc de nombreux écarts de connaissances et de compétences entre ces derniers. C'est sans compter sur l'importante rotation des équipes paramédicales dans les services de soins (changements d'équipe jour/nuit, mutations, remplacements, etc.) qui rend le travail en équipe difficile.

Les unités de réanimation, de soins intensifs, d'urgence et le bloc opératoire sont des services à haut plateau technique où les professionnels sont plus expérimentés et mieux formés à l'urgence-réanimation. Les patients présentant un ACR dans ces services ont un risque de mortalité élevé du fait de la gravité de leur état de santé initial^{26,27}. Cependant, malgré les comorbidités associées, ils ont un meilleur pronostic que ceux hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie^{28,29}. Cela peut s'expliquer par la surveillance continue des patients (monitorage et personnel) permettant une détection rapide de l'ACR, et la mise en place d'une réanimation spécialisée précoce^{30,31}. Kayser R.G. et al.³² ont démontré que c'est la formation et l'expérience fréquente dans la réanimation cardiaque du personnel de ces services qui est un indicateur de l'amélioration de la survie comparé à ceux des services de soins généraux.

Il est intéressant de se demander dans quel type de services nous pouvons retrouver l'infirmier anesthésiste. Dans cette partie, nous nous intéressons à ses diverses activités et à ses différents lieux d'exercice.

2.2. L'infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE)^{33,34}

Au départ, l'anesthésie n'est pas considérée comme une spécialité médicale mais comme une activité annexe de la chirurgie. C'est au XIX^{ème} siècle que l'anesthésie devient une discipline médicale à part entière. Cependant, jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale, l'anesthésie est

²⁶Sandroni, C., et al., In-hospital cardiac arrest : survival depends mainly on the effectiveness of the emergency response. *Resuscitation*, 2004. 62(3) : p. 291-7.

²⁷Herlitz J, Bang A, Aune S, et al. Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas. *Resuscitation* 2001 ; 48 : 125-135

²⁸Sandroni, C., et al. Op cit.

²⁹Ornato JP, Peberdy MA, Reid RD, et al. Op cit.

³⁰Ibid.

³¹Herlitz J, Bang A, Aune S, et al.: Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas. *Resuscitation* 2001; 48:125– 135

³²Kayser R.G. et al. In Ornato JP, Peberdy MA, Reid RD, et al. Op cit.

³³Nicolet M. L'infirmier anesthésiste. Editions Flammarion : 2003. Paris. Pp 234.

³⁴<http://www.snia.net/lhistoire-des-iade.html> consulté le 5 novembre 2017

exercée par des professionnels peu formés, sous la seule responsabilité du chirurgien. La mortalité en est considérable. A compter de cette période, l'infirmier(e) se forme alors progressivement à la spécialité qui est l'anesthésie et se professionnalise. En collaboration avec le MAR, de par ses compétences, il est garant de la sécurité du patient au bloc opératoire.

L'infirmier(e) anesthésiste fait partie intégrant(e) du personnel paramédical. Il est un infirmier spécialisé. Quels que soient sa spécialité et son secteur d'activité, il exerce ses fonctions soignantes sur son rôle propre, en collaboration et sur prescription médicale (Cf. Figure 3 : La place de l'IADE dans l'organisation du système de soin hospitalier)³⁵.

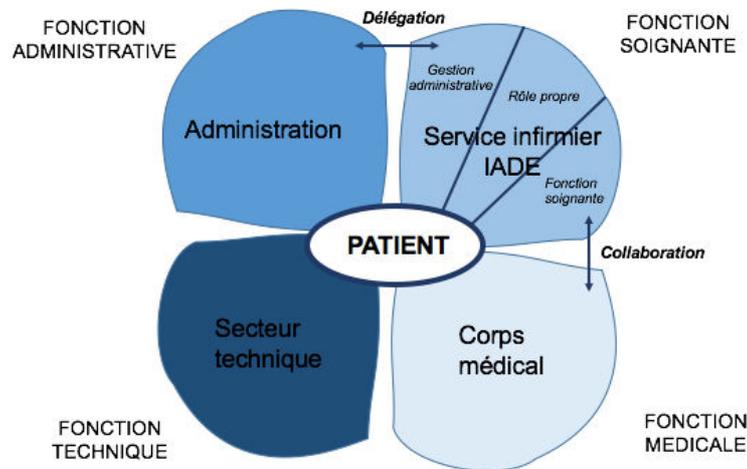


Figure 3. La place de l'IADE dans l'organisation du système de soin hospitalier

En effet, d'après son référentiel d'activité, l'IADE « travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans un cadre réglementaire défini, en collaboration et sous la responsabilité des médecins anesthésistes réanimateurs »³⁶. Nous remarquons qu'il a l'habitude de travailler en étroite collaboration avec le MAR. Il s'agit d'un binôme médical-paramédical. Les IADE sont reconnus comme les « collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs »³⁷. En effet, d'après une enquête du SNIA³⁸, les MAR confient l'entretien de l'anesthésie peropératoire aux IADE, puisqu'ils sont amenés à s'absenter pendant le déroulement de la chirurgie. En effet, ils sont toujours présents dans seulement 1% des cas (Cf. Annexe III. Présence du MAR pendant l'entretien de l'anesthésie). L'IADE doit donc, quotidiennement, anticiper et gérer des situations imprévues et des urgences peropératoires en attendant l'arrivée du MAR. De plus, l'IADE exerce

³⁵Nicolet M. Op cit.

³⁶Dans l'annexe I du référentiel d'activité de l'IADE de l'Arrêté du 23 Juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

³⁷Ordre national des médecins Conseil national de l'Ordre. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé sur <http://sfar.org/referentiels/> consulté le 23 janvier 2018.

³⁸Faucon T. Op cit.

sous stratégie d'anesthésie ce qui lui confère une certaine autonomie (Cf. Annexe IV. Article R-4311-12 du Code de la Santé Publique). Il a l'habitude de suivre des protocoles (ex : choc anaphylactique) et des arbres décisionnels (ex : intubation difficile). En urgence intra-hospitalière, le médecin est également amené à confier la réanimation du patient à l'IADE, par exemple le temps du recueil des données.

L'IADE est surtout reconnu pour son activité au bloc opératoire. En effet, 71% d'entre eux exercent au bloc opératoire, couplé ou non à une activité en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI)³⁹. (Cf. Annexe V. Secteurs d'activité des IADE en 2001).

Le bloc opératoire est un milieu clos où s'effectue l'activité chirurgicale. De nombreux professionnels aux caractères et valeurs différents travaillent sur ce lieu, ce qui peut être source de difficultés notamment de stress et de conflits (Cf. Annexe VI. L'environnement humain au bloc opératoire). Cette discipline exige une étroite collaboration interdisciplinaire où chacun est garant de la sécurité du patient et de la qualité des soins.

L'IADE pratique également de l'anesthésie en dehors du bloc opératoire dans les unités d'endoscopie, de radiologie ou obstétricales ; où il travaille encore une fois en collaboration avec d'autres professionnels tels que les radiologues, les manipulateurs en radiologie et les sages-femmes. Les contraintes sont différentes du bloc opératoire et se rapprochent de celles du service. Il exerce en dehors du cadre sécuritaire du bloc opératoire où les ressources sont limitées en cas de problème. Le personnel présent n'est pas formé à l'anesthésie et à l'urgence-réanimation. Cela requiert une grande adaptabilité de la part de l'IADE.

Ce sont dans les services de réanimation qu'exercent les cadres IADE. Leur présence répond à la circulaire ministérielle du 23 mars 1988 qui recommande que l'encadrement des unités de réanimation et de soins intensifs soit prioritairement confié à des professionnels issus du corps des infirmiers anesthésistes. L'unité de réanimation est un milieu fermé composé d'un ou plusieurs MAR présents en permanence sur le site, d'un cadre de soins (souvent un cadre IADE), de binômes d'IDE/AS et d'IADE.

Les IADE exercent également au SMUR, 15,5%, associé à une activité aux urgences (Cf. Annexe V. Secteurs d'activité des IADE en 2001). Les urgences se traitent en différents lieux : en extra-hospitalier ou en intra-hospitalier. L'extra-hospitalier s'organise autour de la prise en charge pré-hospitalière du patient sur le lieu même de l'urgence ; et du transport médicalisé vers la structure la mieux adaptée. L'équipe du SMUR est constituée d'un médecin urgentiste ou d'un

³⁹Faucon T. Op cit.

MAR, d'un IADE ou d'un IDE, et d'un ambulancier. Ils sont amenés à travailler avec des sapeurs-pompier, les forces de police et de gendarmerie, etc.

Le décret du 10 mars 2017⁴⁰ précise que seul l'IADE est habilité à assurer les transports infirmiers inter-hospitaliers des patients stables intubés et ventilés ou sédatisés. Il renforce ainsi la place de l'IADE en SMUR. Le patient est ensuite pris en charge au sein de la structure hospitalière que ce soit aux urgences, en service de soins ou sur un site interventionnel ; c'est l'intra-hospitalier.

Par conséquent, nous constatons que l'IADE exerce son activité en collaboration avec de nombreux professionnels de santé de fonctions et compétences différentes et sans limite de lieu. Il a donc l'habitude de travailler en équipe. En effet, dès sa formation, l'étudiant IADE apprend à « *travaille[r] au sein d'équipes pluridisciplinaires* » et à « *coordonne[r] ses activités avec les services d'hospitalisation* »⁴¹ (Cf. Annexe VII. La compétence 6. Annexe II de l'arrêté du 23 juillet 2012⁴²). Plus précisément, l'IADE a un rôle d'organisation et de répartition de son activité, et de communication avec les acteurs des autres services⁴³.

De plus, d'après son référentiel d'activité et son décret de compétences, l'expertise de l'IADE lui permet d'intervenir en tant que personne ressource notamment au bloc opératoire et dans les services d'urgence et de réanimation⁴⁴. Il « *[...] intervient [...] dans les services d'urgences intra et extrahospitalières [...]. Son expertise lui permet également d'intervenir en tant que personne ressource ou formateur, notamment [...] dans les unités de réanimation et urgences. [...]* »⁴⁵. L'IADE « *participe [donc] à la formation dans ces champs spécifiques* »⁴⁶. Il a un rôle de « *conseil et formation comme expert dans les différents domaines d'activité, notamment dans la prise en charge [...] de l'urgence* ». Ainsi, l'étudiant IADE apprend au cours de sa formation à former ses pairs. En effet, la compétence 6 de son référentiel de compétences intitulée « *coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence intra et extrahospitalière [...]* » précise qu'il est capable de :

« *[...] 5- Apporter une expertise technique et transmettre des savoirs pour la mise en*

⁴⁰<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034166859&categorieLien=id> consulté le 5 novembre 2017

⁴¹Annexe I de l'arrêté du 23 juillet 2012 sur http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/ste_20120007_0100_0024.pdf consulté le 6 janvier 2018.

⁴²Annexe II de l'arrêté du 23 juillet 2012 sur http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/ste_20120007_0100_0024.pdf consulté le 6 janvier 2018.

⁴³Décrit dans le point 5 du référentiel d'activité de l'IADE intitulé « *Coordination des actions avec les autres professionnels* »

⁴⁴<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034166859&categorieLien=id> consulté le 5 novembre 2017

⁴⁵Annexe I de l'arrêté du 23 juillet 2012 sur http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/ste_20120007_0100_0024.pdf consulté le 6 janvier 2018.

⁴⁶Comme le précise le point 7 de son référentiel d'activité intitulé « *Formation des professionnels et des futurs professionnels* ».

œuvre des gestes et techniques de réanimation [...] en intra et extrahospitalier. [...]

7- Définir et choisir des situations d'apprentissage dans le champ de l'anesthésie, de la réanimation, [...] »⁴⁷.

Ainsi, l'IADE dispose de compétences exclusives dans le domaine de l'anesthésie et des qualités d'expert et de référent dans le domaine de l'urgence-réanimation, mais il a également des capacités pédagogiques, relationnelles et organisationnelles.

Nous nous demandons, plus précisément, quelle est la place de l'IADE et des autres soignants dans le cadre de la prise en charge de l'urgence vitale en intra-hospitalier. Dans une première partie, nous allons définir l'urgence vitale. Dans une seconde partie, nous nous intéresserons à la formation des soignants aux situations d'urgence vitale.

2.3. La situation d'urgence

2.3.1. Définition de l'urgence vitale

Quelque chose d'urgent est « *le caractère [...] de ce qui ne souffre aucun retard* »⁴⁸. Urgent vient du latin « *urgens* » qui est le participe présent de « *urgere* » qui signifie presser. En ce sens, ce qui est dit urgent, « *nécessit[e] d'agir vite* »⁴⁹. Si nous nous intéressons au domaine médical, une urgence est une « *situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement* »⁵⁰ et « *peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai* »⁵¹. Quelque chose de vital, du latin « *vitalis* », signifie ce « *qui est essentiel à la vie* »⁵². Par définition, l'urgence vitale est une situation d'apparition brutale et imprévisible qui peut engager à tout moment le pronostic vital. Les urgences vitales sont représentées par trois grandes détresses : la détresse neurologique, la détresse respiratoire et la détresse cardio-vasculaire, chacune pouvant conduire à l'arrêt cardio-respiratoire⁵³.

Nous allons présenter les cadres professionnels et réglementaires de l'infirmier(e) anesthésiste face aux situations d'urgence.

⁴⁷ Annexe II de l'arrêté du 23 juillet 2012 sur http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/ste_20120007_0100_0024.pdf consulté le 6 janvier 2018.

⁴⁸ <http://www.larousse.fr> consulté le 11 octobre 2017

⁴⁹ <http://www.larousse.fr> consulté le 11 octobre 2017

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

⁵³ Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières Conférence d'experts 2004 sur https://sfcadio.fr/sites/default/files/pdf/reco_urgences_hospi.pdf consulté le 24 janvier 2018.

2.3.2. Législation relative au rôle de l'IADE dans le cadre de l'urgence

En France, chaque citoyen est dans l'obligation de porter assistance à autrui sous peine d'être condamné en justice. En effet, le Code pénal stipule dans son article 223.6 que « *sera puni [...] quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* »⁵⁴.

En plus du Code pénal, l'IADE est soumis aux règles professionnelles des infirmier(e)s. L'article R4312-6 du décret du 29 juillet 2004 du CSP⁵⁵ reprend ainsi le Code pénal : « *l'infirmier ou l'infirmière est tenu(e) de porter assistance aux malades ou blessés en péril* »⁵⁶. L'article R. 4311-14 de ce décret⁵⁷ précise les compétences des infirmiers se retrouvant face à une urgence vitale : « *en l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, [...], à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, [...], [il] accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin [...]* ».

L'IADE est quant à lui défini comme celui qui « *réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation [et] de la médecine d'urgence [...]. [Il] analyse et évalue les situations et intervient afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients en anesthésie-réanimation [...]* »⁵⁸. En effet, sa formation lui permet l'acquisition des connaissances théoriques et de la maîtrise des gestes d'urgence et de survie⁵⁹. (Cf. Annexe VIII : Le contenu de la formation IADE). L'objectif de la formation est de faire de l'IADE un professionnel « *responsable et autonome, particulièrement compétent dans le domaine de soins en anesthésie, [...] et dans celui des soins d'urgences et de réanimation* »⁶⁰ et « *vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité* »⁶¹.

De plus, avant de devenir infirmier(e)s anesthésistes, ils ont été tout d'abord des « *infirmiers de*

⁵⁴<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417779&cidTexte=LEGITEXT00006070719> consulté le 22 janvier 2018.

⁵⁵<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id> consulté le 22 janvier 2018.

⁵⁶<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&dateTexte=id> consulté le 22 janvier 2018.

⁵⁷<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id> consulté le 22 janvier 2018.

⁵⁸<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034166859&categorieLien=id> consulté le 5 novembre 2017

⁵⁹SNIA (2007), Recommandation pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, 2^{ème} édition, sur <http://www.snia.net> consulté le 12 octobre 2017.

⁶⁰Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000026230199&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id> consulté le 2 décembre 2017.

⁶¹Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000026230199&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id> consulté le 2 décembre 2017.

soins généraux et très souvent issus des services d'urgence et de réanimation »⁶² avec une expérience minimale de deux années d'exercice complètes.

Face à une urgence vitale, l'IADE est donc tenu de mettre en œuvre sans attendre les gestes d'urgence relevant de sa compétence, quels que soient le lieu, les moyens techniques et humains présents, et la personne en détresse vitale. Il a une obligation de moyen. Cependant, il n'est pas le seul à prendre en charge l'urgence vitale intra-hospitalière. Lors d'un ACR, il se retrouve à travailler avec d'autres soignants comme des aides-soignants, des infirmiers ou des médecins. Il est intéressant de se demander comment sont formés l'ensemble des professionnels de santé de l'hôpital à l'urgence vitale.

2.3.3. Formation à l'urgence vitale

Les conditions matérielles et professionnelles pour la prise en charge de l'ACR en intra-hospitalier sont idéales. Or, au départ, la mortalité des ACR en ce milieu était supérieure à celle en extra-hospitalier. En effet, ceci s'explique par la mise en place d'une formation aux citoyens, aux gestes d'urgence et de survie, et à la mise à disposition de défibrillateurs semi-automatiques (DSA). Cependant, la prise en charge de l'ACR en intrahospitalier n'a pas connu tout de suite le même essor.

Au départ, les professionnels de santé doivent être titulaires du diplôme de secourisme civil. Ils sont formés à la reconnaissance des différentes urgences vitales et à leur prise en charge initiale sans matériel. Cette formation n'est donc pas adaptée à la spécificité de leur lieu d'exercice en termes de moyens (matériels médicalisés). C'est pourquoi, depuis 2006, tous les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux doivent obtenir l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU)⁶³.

Elle est définie par l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence⁶⁴. Elle est « *délivrée, à l'issue d'une formation dispensée par les structures de formation des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin directeur scientifique et pédagogique d'un centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU)* ».

Il existe trois niveaux d'AFGSU. Ce travail s'intéresse uniquement aux niveaux 1 et 2 :

- « *l'[AFGSU] de niveau 1 destinée à tout personnel, administratif ou non, voué à*

⁶²<https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/SNIA-CEEIADE-ANEIA- reponse a la SFMU 5 janvier 2016 .pdf> consulté le 22 janvier 2018.

⁶³La formation aux gestes et soins d'urgences (FGSU) est une formation aux premiers secours destinée en France aux professionnels de la santé travaillant dans les établissements de santé. Ils donnent lieu à la délivrance d'une attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, l'AFGSU.

⁶⁴<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000640580> consulté le 27 février 2018.

travailler (ou exerçant) au sein d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale ;

- *l'[AFGSU] de niveau 2 destinée aux professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique⁶⁵ ».*

L'attestation de niveau 2 « *a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale* » (Cf. Annexe IX : Les modules de l'AFGSU de niveau 2). Les établissements de santé sont tenus d'assurer la formation de tous les professionnels de santé en partenariat avec les CESU⁶⁶.

Les membres de l'équipe du service sont les premiers témoins de l'ACR, ils doivent débiter la RCP le plus précocement possible. Pour être en mesure de répondre à une situation d'urgence, ils sont donc formés à l'AFGSU 2. Elle est valable 4 ans. Elle nécessite une remise à niveau d'une journée tous les 4 ans. Cependant, cela reste insuffisant. Les ACIH n'ont pas toujours lieu au sein de services à haut plateau technique, mais peuvent avoir lieu dans les services d'hospitalisation de médecine ou de chirurgie. Dans ces services, les patients hospitalisés présentent le plus souvent un état de santé stable dont le pronostic vital n'est pas engagé. Les soignants de soins généraux ne sont alors pas préparés, comme peuvent l'être ceux exerçant dans les services de haute technicité. En effet, malgré l'obtention de l'AFGSU, nous remarquons toujours une réelle rétention des connaissances et des performances, principalement à long terme. En effet, il a été prouvé que les personnes formées à la RCP sont souvent incapables, après 6 mois, de réaliser efficacement les gestes enseignés. En réalité, la qualité de la RCP correspond au niveau mesuré en l'absence de formation^{67,68,69,70}. Par conséquent, cela peut se traduire par des erreurs de réanimation et donc une baisse de la qualité de la prise en charge.

De surcroît, cette formation implique principalement l'apprentissage des gestes techniques et des connaissances théoriques à la RCP, mais enseigne peu les aspects relationnels et organisationnels de la prise en charge, ainsi que les problèmes de communication liés au travail

⁶⁵ Les professions médicales, les professions de la pharmacie et de la physique médicale, les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

⁶⁶ La prise en charge des urgences vitales au sein des hôpitaux constitue la référence 33c du manuel d'accréditation des Etablissements de Santé de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (maintenant appelée Haute Autorité de Santé – HAS) sur http://www.sfm.org/upload/consensus/Manuel_V2_2004.PDF consulté le 27 février 2018.

⁶⁷ Curry L, Gass D. Effects of training in cardiopulmonary resuscitation on competence and patient outcome. *Can Med Assoc J.* 1987 ; 137 : 491 – 496.

⁶⁸ Van Kalmthout PM, Speth P, Rutten J, Vonk J. Evaluation of lay skills in cardiopulmonary resuscitation. *Br Heart J.* 1985 ; 53 : 562 - 566.

⁶⁹ Gass D, Curry L. Physicians' and nurses' retention of knowledge and skill after training in cardiopulmonary resuscitation. *Can Med Assoc J.* 1983 ; 128 : 550 – 551.

⁷⁰ <https://cprguidelines.eu> consulté le 11 décembre 2017.

en équipe tels que les conflits. Alors que les compétences individuelles ne suffisent pas pour être performant en situation d'urgence, le travail en équipe, quant à lui, est indispensable⁷¹.

Après avoir défini ce qu'est une urgence vitale, nous avons finalement ciblé l'arrêt cardio-respiratoire intra-hospitalier. Nous nous intéressons à présent à sa prise en charge spécifique.

2.4. L'arrêt cardio-respiratoire (ACR)

2.4.1. Définition et physiopathologie de l'ACR : généralités

L'arrêt cardio-respiratoire est un état de mort apparente qui se définit par une perte de conscience brutale et inattendue, une disparition des pouls fémoraux et carotidiens supérieure à dix secondes, et une absence de ventilation spontanée. Le cœur est dans l'incapacité soudaine d'assurer une perfusion cérébrale efficace par l'interruption de son activité mécanique, associée à un arrêt de la ventilation⁷². Ce dernier peut être d'origine cardiaque. Les causes cardiaques représentent environ 80% des étiologies des ACR. Il peut être également d'origine extracardiaque telle que neurologique, respiratoire, toxique, post-chirurgicale ou encore traumatique⁷³.

Un ACIH est un arrêt cardio-respiratoire qui survient chez une personne présente dans l'établissement de santé que ce soit un patient hospitalisé, un visiteur ou encore un professionnel qui exerce dans celui-ci. Il peut survenir dans un couloir, dans un service de médecine ou de chirurgie ou encore dans un service de haute surveillance. L'ACR survient dans un lieu spécifique sécuritaire et médicalisé.

Même si l'épidémiologie des arrêts cardiaques intra-hospitaliers est difficile à recenser, il est intéressant de se demander tout d'abord ce qu'il représente en termes d'incidence.

2.4.2. Epidémiologie de l'ACR

En Europe, malgré les progrès de la médecine, nous comptons 350 000 ACR par an dont 50 000 cas en intra-hospitalier (14,3%) et 300 000 en extra-hospitalier (85,7%).

Dans les pays développés, 1 à 5 patients hospitalisés en service de soins sur 1000 par nombre d'admission présenteraient un ACR soit 0,175 événement par lit par an⁷⁴.

⁷¹Ornato, Joseph P. Op cit.

⁷²Attias D., Bresse B., Lellouche N. Op cit.

⁷³Girota S, MD, SM, P. Cram, MD, MBA ; John A. Spertus, MD, MPH ; Brahmajee K. Nallamothu, MD, MPH, Yan Li, PhD ; Philip G. Jones, MS, et Paul S. Chan, MD, MSc, Hospital Variation in Survival Trends for In-Hospital Cardiac Arrest, dans Journal of the American Heart Association. Juin 2014.

⁷⁴Sandroni C., Nolan J., Cavallaro F., Antonelli M. « In-Hospital Cardiac Arrest : Incidence, Prognosis and Possible Measures to Improve Survival ». Intensive Care Medicine 33, n° 2 (février 2007) : 237-45.

Aux Etats-Unis par exemple, l'ACIH a une incidence à 0,92 événement pour 1000 journées d'hospitalisation nécessitant une intervention médicale⁷⁵. Ils représentent 350 000 à 750 000 événements par an aux États-Unis⁷⁶. Ces chiffres varient selon les services de survenue de l'ACR. Les services à haut plateau technique représentent la moitié des ACIH⁷⁷.

Ainsi, l'ACIH est un véritable enjeu de santé publique. Nous nous demandons alors quel est le taux de survie des personnes présentant un ACR au sein d'une structure hospitalière.

2.4.3. Le pronostic de l'ACR

En milieu intra-hospitalier, les conditions de prise en charge sont théoriquement optimales. Cependant, le taux de survie suite à un ACIH reste peu élevé. En effet, la survie globale est de l'ordre de 15 à 21% contre 10,6% en extrahospitalier⁷⁸.

Le pronostic de l'ACIH dépend de deux types de facteurs⁷⁹ : ceux liés aux patients et ceux liés à la prise en charge de l'ACR⁸⁰. Nous nous intéressons aux facteurs pronostiques liés à la prise en charge.

Comme nous l'avons vu précédemment, les patients présentant un ACR dans les services à haut plateau technique ont un meilleur pronostic que ceux hospitalisés en service de soins généraux. En dehors du secteur d'hospitalisation, le taux de survie dépend également du délai de prise en charge, de la durée de la réanimation, et du jour et l'heure de la survenue de l'ACR.

Le taux de survie extra-hospitalier est donc plus bas que l'intra-hospitalier. Cette différence s'explique principalement par le délai entre la reconnaissance de l'ACR et le début de la RCP ainsi qu'à l'accès à un défibrillateur. Les secours mettent 10 à 30 minutes pour intervenir, et moins de 20% des témoins effectuent une RCP⁸¹. Or, plus le délai d'intervention est long et plus le taux de décès est important. En effet, il augmente de 10% à chaque minute de « *no-flow* »⁸². La précocité du début de la RCP est un facteur majeur du bon pronostic du patient en ACR notamment si la réanimation est initiée dans la minute suivant l'arrêt⁸³. Or, même si les délais sont plus courts en intra-hospitalier, il existe tout de même des retards de prise en charge. En effet, une étude américaine a recensé que 28,7% des patients ont subi une ou plusieurs

⁷⁵Merchant Raina M. et al. « Incidence of Treated Cardiac Arrest in Hospitalized Patients in the United States. » *Critical care medicine* 39.11 2011 : 2401–2406.

⁷⁶Ornato JP. Op cit.

⁷⁷Goldberger ZD, Chan PS, Berg RA, et al. Duration of resuscitation efforts and survival after in-hospital cardiac arrest : an observational study. *Lancet* 2012 ; 380 : 1473-81.

⁷⁸<https://www.erc.edu/news/european-registry-of-cardiac-arrest-study-two-eureca-two> consulté le 11 octobre 2017.

⁷⁹Sandroni C., Nolan J., Cavallaro F., Antonelli M. « In-hospital cardiac arrest : incidence, prognosis and possible measures to improve survival ». *Intensive Care Medicine*. 2007 Feb ; 33(2) : 237-45.

⁸⁰Ibid.

⁸¹Vacheron A, Bounhoure JP. Groupe de travail de la Commission IV (maladies cardiovasculaires). Recommandations de l'Académie nationale de médecine. *Bull Acad Natl Med* 2007 ; 191 : 1763-77.

⁸²Il s'agit de la durée pendant laquelle le débit cardiaque est nul, avant toute pratique de RCP.

⁸³Herlitz J, Bang A, Aune S, et al. Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas. *Resuscitation* 2001 ; 48 : 125-135.

erreurs lors de leur réanimation⁸⁴. Le taux de survie des ACIH dépend également de la précocité de la défibrillation notamment si elle est délivrée avant les trois premières minutes suivant l'arrêt^{85,86}. Le pronostic dépend également de la durée de la réanimation « *low-flow* »⁸⁷. En effet, plus de 95% des patients décèdent après un ACR de plus de 15 minutes⁸⁸.

Plusieurs études ont retrouvé une différence de pronostic selon si l'ACIH survient le jour ou la nuit, la semaine ou le weekend. En effet, le nombre d'erreurs est supérieur la nuit et le weekend par rapport au jour et à la semaine. Ces erreurs diminuent le taux de survie des patients ayant subi un arrêt cardiaque intra-hospitalier⁸⁹. Par exemple, Peberdy M.A. et al. rapportent que 19,8% des patients présentant un ACIH la journée ont survécu contre seulement 14% la nuit, et 20,6% ayant eu lieu la semaine contre 17,4% le week-end sont sortis vivant de l'hôpital⁹⁰. Le taux de survie des patients qui présentent un ACR la nuit dans un secteur de médecine ou de chirurgie est diminué de moitié que lorsqu'il survient la journée^{91,92}.

Face à ces constats, nous nous demandons s'il existe des spécificités de prise en charge de l'ACR en plus de la formation obligatoire à tous les soignants.

2.4.4. Prise en charge de l'ACR : recommandations et impératifs^{93,94}

Le pronostic de l'ACR dépend de la précocité et de la qualité de sa prise en charge. En ce sens, les sociétés savantes ont créé des recommandations européennes de bonnes pratiques simplifiées afin d'optimiser les conditions de prise en charge, qui sont réactualisées tous les 5 ans⁹⁵.

Les établissements de santé doivent faciliter l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières, son suivi et son évaluation⁹⁶. Ils doivent assurer la mise en place de

⁸⁴Ornato JP. Op cit.

⁸⁵Chan PS, Krumholz H.M., Nichol G., et al. Delayed time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. *N. Engl. J. Med.* 2008 ; 358 : 9-17.

⁸⁶Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al.: Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14 720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2003; 58:297–308

⁸⁷Il s'agit de la durée totale de la RCP.

⁸⁸Cooper S., Janghorban M, Cooper G. (2006), A decade of in-hospital resuscitation : Outcomes and prediction of survival ? *Resuscitation* 2006 ; 68 : 231–237.

⁸⁹Ornato JP. Op cit.

⁹⁰Ibid.

⁹¹Herlitz, J., et al., Characteristics and outcome among patients suffering from in hospital cardiac arrest in relation to whether the arrest took place during office hours. *Resuscitation*, 2002. 53(2): p. 127-33.

⁹²Peberdy, M.A., et al., Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. *JAMA*, 2008. 299(7) : p. 785-92.

⁹³SFAR (2004), « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières », Conférence d'experts.

⁹⁴<https://cprguidelines.eu> consulté le 11 décembre 2017.

⁹⁵Ibid.

⁹⁶La prise en charge des urgences vitales au sein des hôpitaux constitue la référence 33c du manuel d'accréditation des Etablissements de Santé de l'ANAES sur http://www.sfm.org/upload/consensus/Manuel_V2_2004.PDF consulté le 27 février 2018.

moyens matériels (uniformisation des chariots d'urgence dans les unités de soins), humains et organisationnels nécessaires à la prise en charge de l'ACIH.

Pour répondre à une prise en charge dans les meilleurs délais, la SFAR⁹⁷ recommande la mise en place d'une équipe spécifique, formée, composée d'au moins un médecin sénior notamment un MAR ou d'un urgentiste et d'un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'Etat (IDE) ou d'un IADE, intervenant si possible en même temps.

La prise en charge diffère selon le lieu de survenue : en extra-hospitalier ou en intra-hospitalier. Pour l'ACIH, il est difficile de séparer la RCP de base (Basic Life Support - BLS) et la RCP spécialisée ou médicalisée (Advanced Life Support - ALS) puisqu'il s'agit d'un processus continu qui met en scène simultanément plusieurs professionnels de santé formés à la réanimation. L'European Resuscitation Council (ERC) et la SFAR exposent le concept de « chaîne de survie intra-hospitalière » (CSIH)⁹⁸. Elle correspond à l'ensemble des actions à mettre en œuvre immédiatement après la survenue d'un arrêt cardiaque à l'hôpital afin d'assurer une prise en charge rapide. (Cf. Figure 4 : Algorithme de réanimation intra-hospitalière).

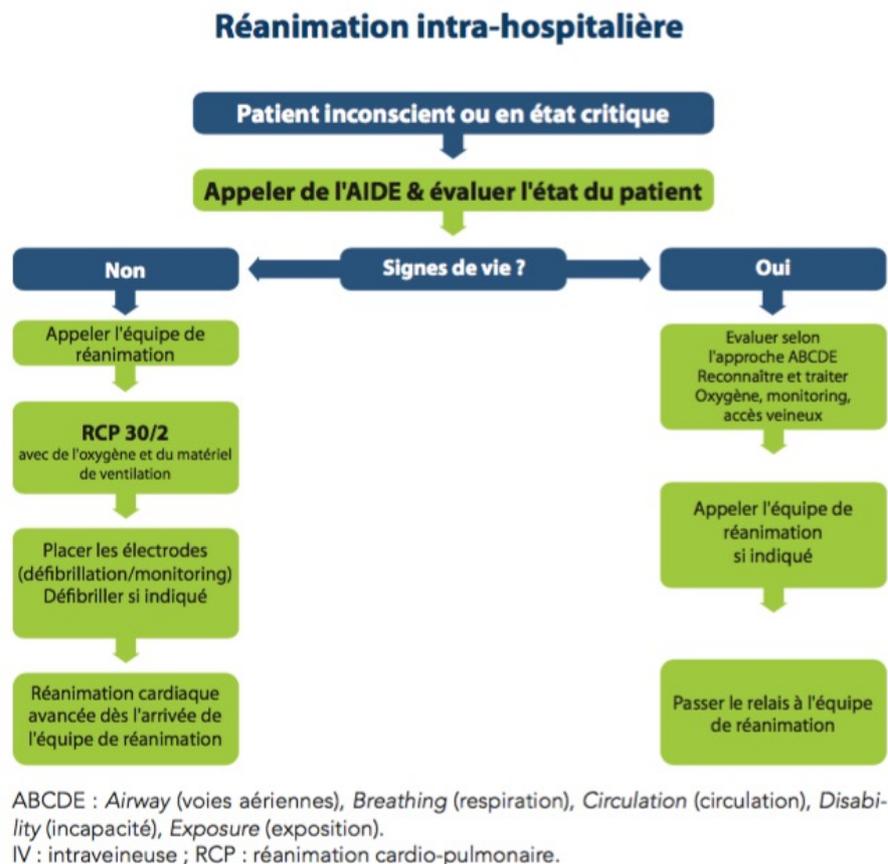


Figure 4. Algorithme de réanimation intra-hospitalière

⁹⁷SFAR. « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières ». Conférence d'experts. 2004.

⁹⁸Ibid.

La prise en charge intra-hospitalière s'organise en 4 étapes :

- La reconnaissance immédiate de l'ACR ;
- L'appel de l'équipe de réanimation spécialisée ;
- La réanimation de base ;
- La réanimation spécialisée.

Nous présentons de manière synthétique chacune de ces étapes. Nous pouvons retrouver la prise en charge détaillée en annexe dans ce travail de recherche. (Cf. Annexe X : La prise en charge de l'ACIH détaillée).

La reconnaissance de l'ACR repose sur l'identification de trois éléments cliniques : l'inconscience, l'absence de ventilation, et l'absence de pouls. Une fois l'arrêt cardiaque reconnu, le professionnel du service appelle ou fait appeler l'équipe de réanimation spécialisée. L'appel est traité dans un service à présence médicale permanente tel que la régulation du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), et doit recevoir une réponse immédiate, 24h/24h.

La réanimation cardio-pulmonaire de base doit être débutée le plus précocement possible. En général, en intra-hospitalier le professionnel de santé est entouré d'autres collègues. Il peut appeler de l'aide de proximité et agir en simultané. Une personne débute le massage cardiaque externe (MCE) immédiatement, une autre commence la ventilation, et d'autres apportent le chariot d'urgence et le défibrillateur. Une autre personne donne l'alerte si ce n'est pas encore fait. La RCP de base comprend : le massage cardiaque externe, la ventilation et la défibrillation.

Le MCE est prioritaire, c'est la première manœuvre à mettre en place. Lorsque la circulation sanguine s'arrête suite à un ACR, le sang reste oxygéné pendant quelques minutes. Le massage permet d'assurer une circulation cérébrale et coronaire minimale.

La qualité du MCE repose sur un ensemble de critères à respecter. Le MCE est un geste fatiguant et pourtant indispensable à la survie du patient. Pour rester optimale, la personne qui effectue le massage doit changer toutes les deux minutes ce qui nécessite d'être au moins deux personnes.

Le deuxième élément important de la RCP intra-hospitalière est la ventilation. Il est recommandé d'effectuer 2 insufflations pour 30 compressions thoraciques. La ventilation est une manœuvre difficile. Si le professionnel ne dispose pas du matériel nécessaire à la ventilation, il vaut mieux alors réaliser un MCE continu jusqu'à l'arrivée de l'équipe de réanimation spécialisée.

Ensuite, il est nécessaire d'utiliser un défibrillateur pour délivrer un choc électrique externe (CEE). Il existe différents types de défibrillateurs. La pause entre l'arrêt du MCE et la délivrance du choc externe doit être inférieure à 5 secondes. Puis il faut reprendre immédiatement les compressions thoraciques pendant 2 minutes, et analyser le rythme au cours d'une courte pause.

Ensuite, une fois sur place, l'équipe formée à l'urgence intra-hospitalière applique la RCP spécialisée selon l'algorithme décrit par les sociétés savantes. D'une manière générale, l'algorithme de la RCP avancée reprend celui de la RCP de base, plus des interventions spécifiques.

Concernant la ventilation, jusqu'à présent l'intubation orotrachéale (IOT) représentait la méthode la plus efficace pour assurer l'accès aux voies aériennes. Elle doit être effectuée seulement par une personne expérimentée (l'IADE, le MAR ou l'urgentiste). Une fois l'intubation réalisée, le MCE doit être repris en continu. L'IOT n'est pas toujours un geste indispensable dans l'immédiat. Elle peut être retardée jusqu'au retour d'une activité cardio-circulatoire spontanée tant que la ventilation est efficace. En effet, aucune étude n'a montré que l'intubation augmente le taux de survie après un ACR⁹⁹.

En première intention, l'équipe de réanimation pose une voie veineuse périphérique si cela n'est pas déjà fait par les soignants du service. Si l'abord veineux périphérique est impossible, la voie intra-osseuse est recommandée en deuxième intention. Il est indispensable d'administrer le plus précocement possible l'adrénaline¹⁰⁰, qui est le médicament de choix dans le traitement de l'ACR. La dose initiale à injecter est de 1mg quel que soit le type d'ACR et à répéter toutes les 3 à 5 minutes pendant la RCP.

2.5. Synthèse

Historiquement, la spécialité de l'IADE est née des besoins de la chirurgie et donc au bloc opératoire. Cependant, il n'exerce pas seulement en anesthésie mais également en réanimation et en urgence¹⁰¹. Nous constatons que son activité est sans limite de lieu à l'hôpital. Il obtient une exclusivité de compétences dans les sites interventionnels et une expertise dans les secteurs d'urgence et de réanimation¹⁰². Par conséquent, ses compétences techniques et non techniques, et son expérience en font un professionnel de choix dans ce domaine. Il fait donc partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière.

Lors de la prise en charge d'un ACIH, les équipes de service et de réanimation spécialisée ont une obligation de moyens. Ils doivent mettre tout en œuvre pour effectuer une prise en charge optimale. Afin de répondre aux erreurs et aux retards de prise en charge, certains auteurs proposent de renforcer la formation de ces équipes¹⁰³, ce qui permettrait la survie de 21 000 à 44

⁹⁹Andersen P.O., Lars W., Granfeldt A., Callaway C.W., Bradley S.M., Soar J., et Al. For the American Heart Association's Get With The Guidelines–Resuscitation Investigators. « Association Between Tracheal Intubation During Adult In-Hospital Cardiac Arrest and Survival ». JAMA 317, n° 5 (07 2017) : 494-506.

¹⁰⁰L'adrénaline est un vasopresseur qui a un effet alpha adrénérgique. Son action vasoconstrictrice augmente la pression de perfusion myocardique et le débit sanguin cérébral.

¹⁰¹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034166859&categorieLien=id> consulté le 5 novembre 2017

¹⁰²Ibid.

¹⁰³Ornato JP. Op cit.

000 patients en plus chaque année aux Etats unis¹⁰⁴.

D'une part, il est recommandé d'utiliser la pratique du débriefing. En effet, « *il a été démontré que la réalisation de débriefings factuels axés sur les performances contribue à améliorer les résultats des équipes de réanimation* »¹⁰⁵.

D'autre part, les professionnels de santé doivent être formés à la RCP. Etant donné que les compétences en réanimation diminuent en quelques mois, nous nous demandons quelle est la fréquence de formation idéale. Il est difficile d'identifier une périodicité minimale optimale mais la formation doit être régulière. Ainsi, la question du type de formation optimal se pose. Il est recommandé d'utiliser de nouveaux outils pédagogiques tels que la simulation et les dispositifs de rétroaction pour améliorer l'efficacité des gestes techniques de la réanimation¹⁰⁶.

Pour être performant dans la RCP, il est nécessaire de travailler en équipe¹⁰⁷. Les directives de réanimation de 2015 précisent alors que « *la formation aux compétences non techniques [...] en complément de la formation aux compétences techniques, est essentielle* »¹⁰⁸, et devrait « *être intégré[e] aux formations à la réanimation* »¹⁰⁹.

¹⁰⁴Ornato JP. Op cit.

¹⁰⁵<https://cprguidelines.eu> consulté le 11 décembre 2017.

¹⁰⁶Ibid.

¹⁰⁷Ornato J. Op cit.

¹⁰⁸<https://cprguidelines.eu> consulté le 11 décembre 2017.

¹⁰⁹Ibid.

3. TROISIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous allons tenter de comprendre comment nous pouvons développer les compétences des professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge de l'ACIH afin d'améliorer la qualité de la réanimation.

Nous développerons tout d'abord le concept de compétence pour tenter de comprendre comment nous pouvons l'améliorer. Ensuite, nous étudierons le concept de travail en équipe puisque la prise en charge de l'arrêt cardiaque réunit deux équipes différentes autour du patient. Puis, nous étudierons le concept de communication car il semble difficile de prendre en charge un patient en équipe sans échange. Enfin, nous tenterons de comprendre et d'identifier les méthodes pédagogiques les plus adaptées à l'amélioration des compétences de ces équipes.

3.1. Le concept de compétence

3.1.1. La compétence individuelle

Dans la littérature, il existe de nombreux travaux théoriques autour du concept de compétence. Dans notre travail de recherche, nous nous intéressons aux compétences liées à l'activité professionnelle des soignants en situation d'urgence.

3.1.1.1. Définition de la compétence individuelle

De Montmollin M. rattache le concept de compétence aux situations de travail. Il parle de compétence professionnelle. Il définit la compétence comme « *[l'] ensembl[e] stabilis[é] de savoirs et de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau* »¹¹⁰. Il distingue trois composantes à la compétence pour accomplir une tâche spécifique :

- Les connaissances cognitives et procédurales : ce sont les savoirs théoriques qui permettent de décrire et comprendre une situation. Ils peuvent être acquis en formation et sont verbalisables. L'infirmier(e) (anesthésiste) connaît l'anatomie et la physiologie humaine ;

- Les savoir-faire : Ils sont acquis par la pratique professionnelle. Ils indiquent comment exécuter une tâche. Ils sont difficilement verbalisables et donc à transmettre. L'IADE sait gérer une induction anesthésique en toute sécurité. L'IDE sait préparer des médicaments injectables ;

- Les métaconnaissances : elles correspondent à la gestion des connaissances acquises par l'expérience. Par exemple, grâce à celle-ci, l'IADE anticipe et prévient la survenue d'une hypotension artérielle engendrée par le changement de position au cours de l'anesthésie.

¹¹⁰De Montmollin M., Leplat J. Les compétences en ergonomie. Octares : 2001. Paris. Pp 190.

Ensuite, Zarifian P., sociologue français, tente de répondre à la question suivante : « *que faire lorsqu'on ne me dit plus comment faire ?* »¹¹¹. Ainsi, il définit la compétence comme « *la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté* »¹¹², « *qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* »¹¹³.

Le Boterf G., docteur en Sciences Humaines et en Sociologie, ajoute que la compétence se définit différemment selon « *les organisations et les situations de travail* »¹¹⁴. Il faut différencier les situations à « *prescription stricte* » caractérisées par la répétition où être compétent signifie « *savoir exécuter une opération* », c'est-à-dire l'application de consignes strictes (prescription médicale pour injecter un médicament), et les situations à « *prescription ouverte* » caractérisées par la complexité, l'apparition d'aléas, où être compétent signifie « *savoir agir et réagir* » en situation, « *savoir quoi faire* » et « *quand* » le faire, c'est-à-dire prendre des initiatives (prendre en charge un malaise vague et effectuer les gestes conservateurs en attendant l'arrivée du médecin). D'après l'auteur, la compétence évolue en fonction du déplacement d'un curseur entre ces deux types de situation (Cf. figure 5 « *Être compétent* » : le curseur d'une définition (modèle Le Boterf))¹¹⁵. Le sociologue Lichtenberger Y. souligne également qu'« *être compétent, c'est finalement trivialement savoir se débrouiller dans des situations critiques, confuses, emmêlées ou imprévues* »¹¹⁶.

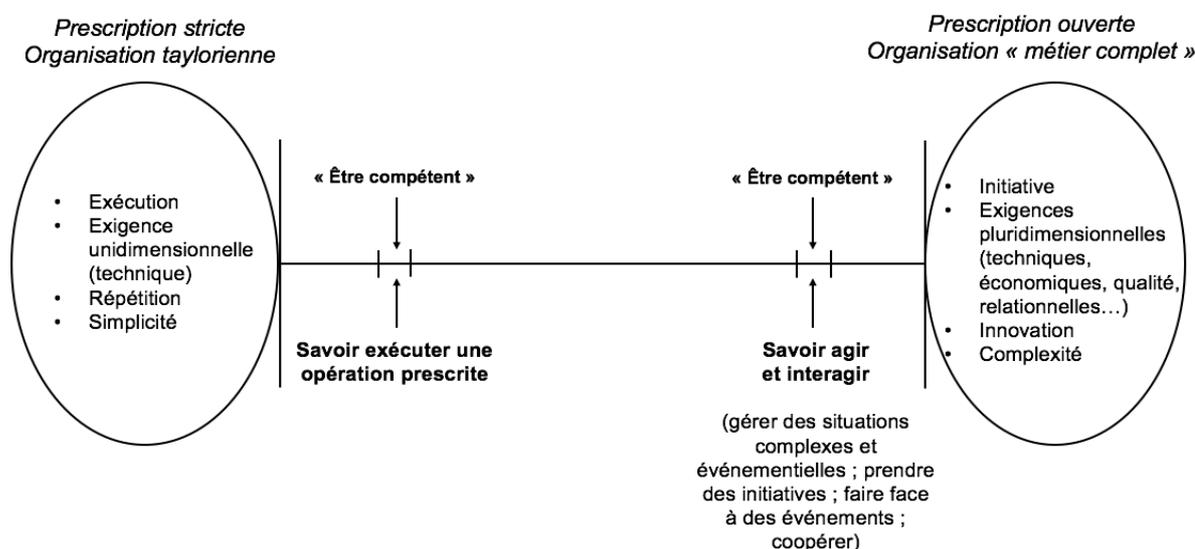


Figure 5. « *Être compétent* » : le curseur d'une définition (modèle Le Boterf).

¹¹¹Zarifian P. Le modèle de la compétence. Editions Liaisons : 2004. Rueil-Malmaison. p 45.

¹¹²Ibid. p 45.

¹¹³Ibid. p 81.

¹¹⁴Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2015. Paris. p 66.

¹¹⁵Ibid. p 67.

¹¹⁶Lichtenberger Y. Compétence, organisation du travail et confrontation sociale, Formation Emploi n°67. 1999. p103.

La prise en charge de l'ACR rentre ainsi dans le cadre des situations à « *prescription ouverte* ». Il s'agit d'une situation complexe et imprévue. Pour être compétent, il ne s'agit donc pas seulement d'être performant dans la tâche prescrite mais d'être en capacité de gérer efficacement et d'anticiper cet événement imprévu dans une situation professionnelle particulière. Lors d'un ACIH, il ne suffit pas uniquement de suivre l'algorithme de prise en charge de l'arrêt cardiaque, mais d'être capable d'anticiper et de gérer les aléas qui ponctuent la situation d'urgence vitale. Les professionnels de santé des équipes soignantes doivent être en capacité de mobiliser leurs ressources (connaissances, capacités, attitudes, etc.) mais aussi de savoir les organiser pour faire face à la situation d'urgence en limitant les erreurs. Zarifian P. confirme que ces ressources sont « *à mobiliser, utiliser, interroger en fonction de l'intelligence de la situation* »¹¹⁷. Nous parlons de compétences techniques (CT) et de compétences non techniques (CNT). Ce travail de recherche s'intéresse aux compétences non techniques.

3.1.1.2. *Les compétences techniques et non techniques*

Les compétences techniques se définissent comme des compétences concrètes (associées aux savoirs et aux savoir-faire), qui s'enseignent et sont nécessaires pour atteindre les objectifs de notre travail tel que le fait de savoir ventiler ou de réaliser un massage cardiaque pour réanimer un patient en arrêt cardiaque.

Les compétences non techniques sont quant à elles abstraites. Elles relèvent du savoir coopérer, du savoir organiser et du savoir-être. Plusieurs termes sont utilisés pour les définir. Nous trouvons les « *non technical skills* », les « *soft skills* » ou encore « *core competencies* ». Ce sont des ressources comme des savoir-faire et des capacités relationnels, et des savoirs sur l'organisation du travail.

Elles sont décrites comme les « *compétences cognitives, sociales et [inter]personnelles complétant les compétences techniques et contribuant à la réalisation sûre et efficace d'une activité technique* »¹¹⁸. Les CNT interpersonnelles concernent la communication (empathie, écoute, langage adapté), le travail en équipe, le leadership, la dynamique de groupe et l'esprit d'équipe ; les CNT sociales s'intéressent à la motivation, à la gestion du stress et de la fatigue ; et les compétences cognitives s'appliquent à la résolution de problèmes et la capacité d'adaptation et d'anticipation. Si nous appliquons ce concept à l'anesthésie, les CNT représentent la gestion des tâches, le travail en équipe, la connaissance de la situation et la prise de

¹¹⁷Zarifian P. Objectif compétence. Editions Liaisons : 2001. Rueil-Malmaison. P 187.

¹¹⁸Flin, R., Patey, R., Glavin, R., & Maran, N. Anaesthetists' non-technical skills. British journal of anaesthesia, 2010 ; 105(1), 38-44.

décision¹¹⁹. Elles sont indispensables pour être performant dans la gestion d'une situation de crise, car leur mauvaise utilisation peut rendre une situation au départ anodine en une situation critique. Par exemple, un patient présente une bradycardie au cours d'une anesthésie : l'IADE prend l'initiative de communiquer avec l'équipe chirurgicale pour qu'elle arrête la manœuvre à l'origine du problème et injecter immédiatement le traitement adapté, la bradycardie pouvant se transformer en ACR. En médecine d'urgence, les CNT, qui sont la combinaison des savoirs cognitifs et des savoir-faire procéduraux, contribue à la performance de la prise en charge des urgences vitales¹²⁰.

Nous nous intéressons spécifiquement aux CNT dans la gestion des situations de crises telle que la survenue d'un ACR, appelées « *crisis resource management (CRM)* ». Nous retrouvons des études concernant l'application des CRM en anesthésie, par exemple, dans la performance des médecins anesthésistes en cas d'hyperthermie maligne¹²¹. Les CNT mobilisées concernent le processus de pensée et les comportements de prise de décisions du MAR face à l'urgence. Les auteurs identifient les points clefs des CRM. En lien avec notre situation d'ACIH, nous retenons les points clefs suivants : la communication avec la transmission et l'utilisation des informations disponibles, la répartition des tâches avec la désignation d'un leadership et la répartition d'un rôle précis à chaque membre de l'équipe (followership), la mobilisation des ressources et la réévaluation régulière de la situation qui nécessite une prise de recul.

Nous nous demandons comment se développent les compétences.

3.1.1.3. *Le développement de la compétence*

Howell W. C. décrit quatre étapes dans le développement des compétences professionnelles techniques et non techniques¹²² :

1. **L'incompétence inconsciente.** Le professionnel ne sait pas qu'il n'a pas de compétence particulière. Il ne peut y avoir d'apprentissage à cette étape.
2. **L'incompétence consciente.** Le professionnel a suffisamment de recul pour savoir qu'il n'a pas de compétence particulière. Il veut apprendre.
3. **La compétence consciente.** Il a rencontré plusieurs situations qui lui ont permis d'acquérir des savoirs qui lui permettent de réaliser des actions en ayant conscience de ce qu'il fait.
4. **La compétence inconsciente.** Le professionnel mobilise ses ressources sans avoir

¹¹⁹Fletcher G., Flin R., McGeorge P., Glavin R., Maran N., Patey R. Compétences non techniques des anesthésistes (ANTS) : évaluation d'un système de marqueurs comportementaux. 2003 Mai ; 90 (5) : 580-8.

¹²⁰Flin, R. Op cit.

¹²¹Scott Isaak R., Podraza Stiegler M. Review of crises resource management (CRM) principles in the setting of intraoperative malignant hyperthermia, Japanese Society of Anesthesiologists 2015.

¹²²<http://www.gettingresults.fr/competence-conscience-et-processus-dapprentissage/> consulté le 7 mars 2018.

besoin de penser à ce qu'il fait.

D'après ce modèle, l'expérience intervient aux étapes de la compétence (étapes 3 et 4). Les ressources acquises de l'expérience permettent de développer la compétence.

Benner P. s'est intéressée spécifiquement à l'évolution des compétences dans la pratique professionnelle des infirmier(e)s. Elle explique que « *l'acquisition de la compétence est plus ou moins rapide selon le talent naturel de [chacun], son niveau de formation et la richesse ou la variété des expériences cliniques rencontrées au cours de [leur] carrière* »¹²³. Elle décrit cinq étapes dans le développement des compétences :

1. **L'infirmier novice.** Il n'a « *aucune expérience des situations auxquelles il risque de se trouver confronté* »¹²⁴. C'est souvent le cas des infirmiers du service qui sont rarement confrontés à la prise en charge de l'ACR. Ils sont limités. Ils appliquent ce qu'ils ont appris ou observé au cours de leur formation ou de leur carrière.

2. **Le débutant.** Le professionnel « *fait face à suffisamment de situations réelles pour noter [...] les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques [...]* »¹²⁵. Il développe des ressources « *grâce à des expériences antérieures* ».

3. **Le compétent.** Le soignant « *devient compétent lorsqu'[il] commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont [il] est conscient* »¹²⁶. Il s'agit du professionnel qui exerce dans le même service depuis deux ans et qui sait utiliser les ressources disponibles pour faire face à une situation de soins. Il est capable de prendre des initiatives.

4. **Le performant.** L'infirmier(e) est capable de s'adapter et de mobiliser ses compétences pour faire face à un problème. Il « *apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée, et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements [...]* »¹²⁷. La performance est le résultat atteint d'une action. Jonnaert P., docteur en psychopédagogie, affirme que la « *compétence n'est accessible que par l'intermédiaire de la performance* »¹²⁸. Leplat J. explique également que la compétence n'est observable qu'à partir de la performance¹²⁹.

5. **L'expert.** Il « *a une énorme expérience [et] comprend [...] de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics [...]* »¹³⁰. L'expert sait gérer n'importe quelle situation grâce à la

¹²³ Benner P. De novice à expert, excellence en soins infirmiers. Edition Masson : 2007. Paris. Préface.

¹²⁴ Ibid. p 23.

¹²⁵ Benner P. Op cit. p 24 à 25.

¹²⁶ Ibid. p 27.

¹²⁷ Ibid. p 29.

¹²⁸ P. Jonnaert (2002), « Compétences et socioconstructivisme, Bruxelles, De Boeck, p.17.

¹²⁹ M. De Montmollin, J. Leplat (2001), Les compétences en ergonomie, Paris, Octares, Pp 190.

¹³⁰ Benner P. Op cit. p 32.

richesse de son expérience.

Le Boterf G. ajoute qu' « être compétent c'est également agir avec autonomie, c'est-à-dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir non seulement compter sur ses propres ressources mais chercher des ressources complémentaires, d'être en mesure de transférer, c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans un autre contexte »¹³¹. En effet, comme le souligne l'auteur « une personne agit avec compétence en mettant en œuvre trois dimensions : celle des pratiques ou de l'action¹³², celle des ressources disponibles¹³³ et celle de la réflexivité »¹³⁴ (Figure 6. Les 3 dimensions de la compétence de Le Boterf G). Le sociologue Perrenoud P. affirme que « la réflexivité est au cœur de l'agir avec compétence »¹³⁵. Elle est d'ailleurs l'un des principes pédagogiques de la formation d'infirmier anesthésiste¹³⁶.

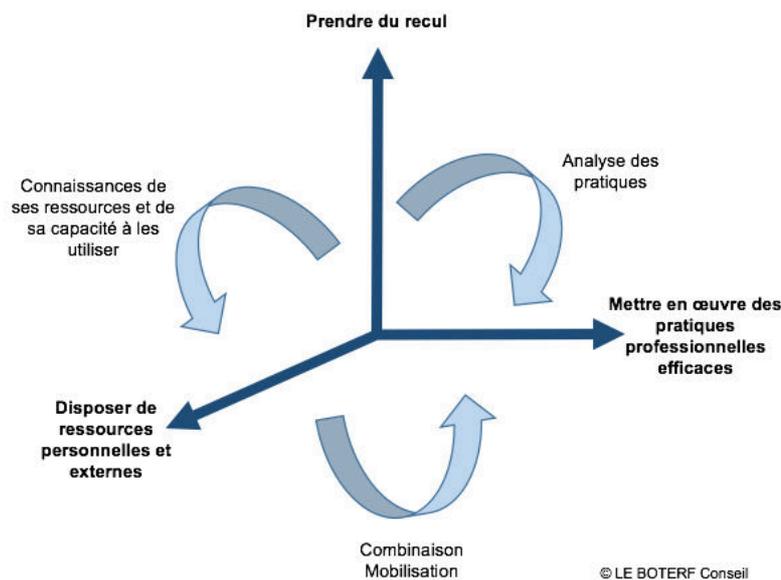


Figure 6. Les 3 dimensions de la compétence de Le Boterf G.

3.1.1.4. La réflexivité

Le Boterf G. explique qu'un professionnel est reconnu « *comme compétent [s'il] est capable non seulement de réussir une action mais de comprendre pourquoi et comment [il] agit* »

¹³¹Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. 3ème édition. Editions Eyrolles : 2004. Paris. p 77.

¹³²Ce sont les pratiques professionnelles mises en œuvres.

¹³³Les ressources disponibles sont les moyens internes personnels (connaissances, savoir-faire) ou externes (collègues).

¹³⁴Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2015. Paris. p 147.

¹³⁵Perrenoud, P. « Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation ». In - 398. Cahiers pédagogiques, n°390 : 2001. Pp 42-45.

¹³⁶« L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif » dans Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026230199&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id> consulté le 2 décembre 2017.

»¹³⁷. « Il doit [donc] posséder une double compréhension : celle de la situation sur laquelle il intervient et celle de sa propre façon de s'y prendre »¹³⁸. Il explique, en effet, que c'est en comprenant comment nous nous y prenons pour agir efficacement dans un contexte particulier que nous nous préparons à agir dans un contexte différent. Cela suppose une prise de recul face à la situation de travail vécue et aux pratiques professionnelles. « En se donnant un statut d'extériorité, le sujet n'est plus immergé dans un problème mais se positionne face au problème »¹³⁹. Cette distanciation lui permet de conceptualiser l'action et de faire évoluer ses « schèmes opératoires »¹⁴⁰ pour être en capacité de les transférer et de les transposer dans d'autres situations de travail. C'est la réflexivité.

La réflexivité est donc une méthode de réflexion sur l'action. Elle s'inscrit dans une boucle d'apprentissage expérientiel, concept que nous développerons ultérieurement dans ce travail. Le Boterf G. décrit quatre étapes nécessaires au processus de réflexivité en reprenant les travaux de Kolb. D et Piaget J. (Cf. Figure 7. La boucle d'apprentissage expérientiel) :

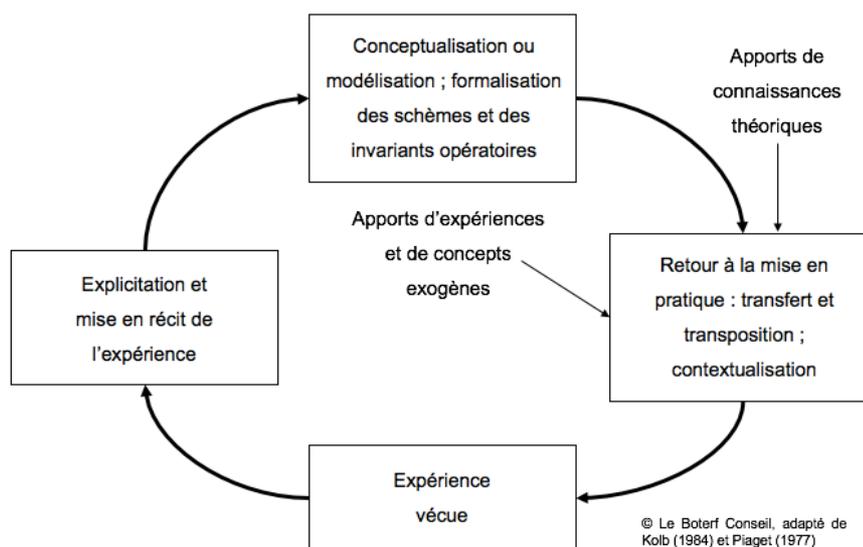


Figure 7. La boucle d'apprentissage expérientiel.

1. **Le moment de l'expérience vécue** est la première étape du processus. Le professionnel de santé est en situation de travail et fait face à des événements qu'il doit résoudre. Les soignants participent à la prise en charge d'un ACR. Ils n'ont pas forcément conscience de leurs actions. Ils peuvent réussir ou échouer sans savoir pourquoi. C'est le point de départ à l'apprentissage,

¹³⁷Le Boterf G. Op cit. p 133.

¹³⁸Le Boterf G. Op cit. p 133.

¹³⁹Ibid. p 150.

¹⁴⁰Le schème opératoire est la trame qui permet la construction d'une combinaison dynamique de ressources (connaissances, savoir-faire).

mais certains peuvent ne pas dépasser ce stade. Nous parlons de conditionnement. Les soignants répètent les tâches dans une situation de travail similaire.

2. **Le moment de l'explicitation** est le premier temps de la réflexivité. Le professionnel fait le récit de ses actions, la manière dont il s'y est pris pour faire face à la situation. Il prend du recul par rapport à la situation et cherche à la comprendre, à prendre conscience de ses connaissances et de ses difficultés. Après la survenue de l'ACR, les professionnels passent de « *nous avons fait* » par exemple « *nous avons fait le massage cardiaque* », à « *nous racontons comment nous nous y sommes pris pour faire et agir* » comme « *nous avons disposé la planche à masser sous le patient puis nous avons effectué les compressions en comptant le nombre de cycles* ».

3. **Le moment de la conceptualisation et de la modélisation** est le deuxième temps de la réflexivité. Le professionnel reconstruit la situation de travail et ses actions pour être en mesure de transposer son expérience à une situation similaire.

4. **Le moment du transfert ou de la transposition** à de nouvelles situations est le dernier temps du processus de réflexivité. Le professionnel recontextualise les situations qu'il a modélisées dans l'étape précédente. Il exploite les leçons tirées de son expérience afin d'agir et de réagir avec pertinence dans de nouvelles situations de travail.

Schön D. explique que le professionnel réflexif construit son savoir par l'action¹⁴¹. La pratique réflexive suit un double processus :

- **La réflexion dans l'action** (pendant l'action) qui permet à l'individu d'agir en cas de situation imprévue. Au cours d'une anesthésie, l'IADE peut se retrouver seul à prendre en charge un ACR en attendant l'arrivée du MAR. Il doit analyser une multitude de signaux pour identifier un éventuel problème. Il doit prendre du recul dans l'action pour comprendre ce qu'il se passe et réajuster ses actions ;
- **La réflexion sur l'action** (après l'action) qui permet à l'individu d'analyser le déroulement de ses actions et leurs effets.

Nous ajouterons un troisième temps à la réflexion qui se situe avant l'action. Ce temps permet de nous construire des scénarii nous permettant d'anticiper l'apparition d'éventuels problèmes.

Dans le cadre de l'arrêt cardiaque, nous pensons que le professionnel ne fait pas toujours preuve de réflexivité pendant l'action. Le caractère urgent de la situation ne permet pas toujours au professionnel de prendre des temps de pause à la réflexion. A certains moments de la situation, le professionnel devient exécutant. Il applique l'algorithme de la prise en charge de l'ACIH pour être plus efficace dans le temps. Par conséquent, la réflexion après l'action devient indispensable.

¹⁴¹Schön D. Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Editions Logiques : 1994. Montréal. Pp 418.

Dans son ouvrage, Le Boterf G. explique que la compétence a une dimension individuelle mais aussi collective¹⁴². « *Toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective* »¹⁴³. Les compétences individuelles ne suffisent pas pour être performant en situation d'urgence¹⁴⁴. Le travail en équipe est indispensable. En effet, même si la compétence est une construction singulière, elle relève également d'une responsabilité partagée entre le professionnel et l'équipe, et le contexte de travail dans lequel il exerce.

3.1.2. La compétence collective

Dans cette partie nous allons essayer de définir le concept de compétence collective (CC) et de comprendre comment réussir à conjuguer l'ensemble des compétences individuelles d'une équipe de travail.

3.1.2.1. Définition

Le Boterf G. nous explique que la compétence naît du produit de trois facteurs « *le savoir-agir* », « *le pouvoir agir* » et le « *vouloir agir* ».

Le « **savoir agir** suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes »¹⁴⁵, il fait appel aux connaissances, aux savoir-faire, aux habiletés, aux ressources du professionnel et aux réseaux. Il est rendu possible par :

- Le développement des connaissances, des savoir-faire et des ressources par le biais de la formation ;
- L'entraînement pour développer l'apprentissage, améliorer et consolider les pratiques professionnelles. C'est le cas de la mise en situation dans la pédagogie de simulation ;
- L'organisation de temps de partage et d'analyse pour prendre du recul par rapport aux pratiques professionnels et tirer des leçons de l'expérience de chacun. C'est le cas du débriefing.

Le « **vouloir agir** [...] se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient ». L'auteur explique que « *le vouloir-agir* » est encouragé par la dynamique des équipes de travail, la qualité des relations entre les différents professionnels et de la confiance qui règne entre eux.

Le « **pouvoir agir** [...] renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu ». Il correspond au type de management fondé sur la confiance, la gestion du temps pour permettre de prendre du recul, faire des retours

¹⁴²Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2000. Paris. Pp 206

¹⁴³Le Boterf G. Op cit. p.42

¹⁴⁴Ornato J. Op cit.

¹⁴⁵Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2000. Paris. p 48.

d'expérience, se former et coopérer avec les autres professionnels, et partager les informations nécessaires à la situation de travail¹⁴⁶.

Dans une situation professionnelle complexe telle que la prise en charge de l'arrêt cardiaque, il est nécessaire d'identifier et de traiter de nombreuses données. Les ressources propres d'un seul individu sont donc insuffisantes. En effet, « *les prescripteurs ne peuvent jamais tout savoir [...]. Il est donc important pour un professionnel de savoir ce que ses collègues feraient à sa place, dans telles circonstances, face à telle difficulté. Sans cette possibilité de référence collective, le professionnel est renvoyé à sa solitude et aux risques qu'elle entraîne sur le savoir agir* »¹⁴⁷. Il devient alors indispensable de « *faire appel à de multiples savoirs et contributions pour poser et résoudre [ce] problème* »¹⁴⁸. « *La réponse à un problème devient [donc] une réponse de réseau [...]* »¹⁴⁹.

Ainsi, l'auteur amène la notion de compétence collective qu'il définit comme un mélange de savoirs, de compétences individuelles et de ressources diverses. La compétence collective résulte de la combinaison et de la synergie entre les compétences individuelles.

3.1.2.2. L'émergence de la compétence collective

« *La compétence collective émerge et se développe au travers de relations, de liens et d'interprétations mentales communes des acteurs face aux situations de travail* »¹⁵⁰. Elle intéresse trois niveaux : «

- *L'individuel : les individus pris isolément qui sont confrontés aux CC ;*
- *L'équipe : les individus réunis au sein de l'équipe et confrontés aux CC ;*
- *L'organisationnel : l'entreprise dans laquelle l'équipe qui pratique les CC évolue.* »¹⁵¹

Nous nous intéressons dans le cadre de ce travail aux conditions d'émergence des compétences collectives au niveau des équipes de travail. Pour cela, nous étudions les travaux de Rabasse F. (2000) (Cf. Figure 8 : Emergence des compétences collectives au niveau des équipes de travail).

¹⁴⁶Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2015. Paris. p 109.

¹⁴⁷Le Boterf G. Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective. 3ème édition. Editions Eyrolles : 2013. Paris. Pp 174.

¹⁴⁸Ibid.

¹⁴⁹Ibid.

¹⁵⁰Amberdt C.H., Dupuich-Rabasse F., Emery Y. et al. Compétences collectives dans les organisations : émergence, gestion et développement. Editions Les presses de l'Université de Laval : 2000. Canada. p 9.

¹⁵¹Ibid. p 32.

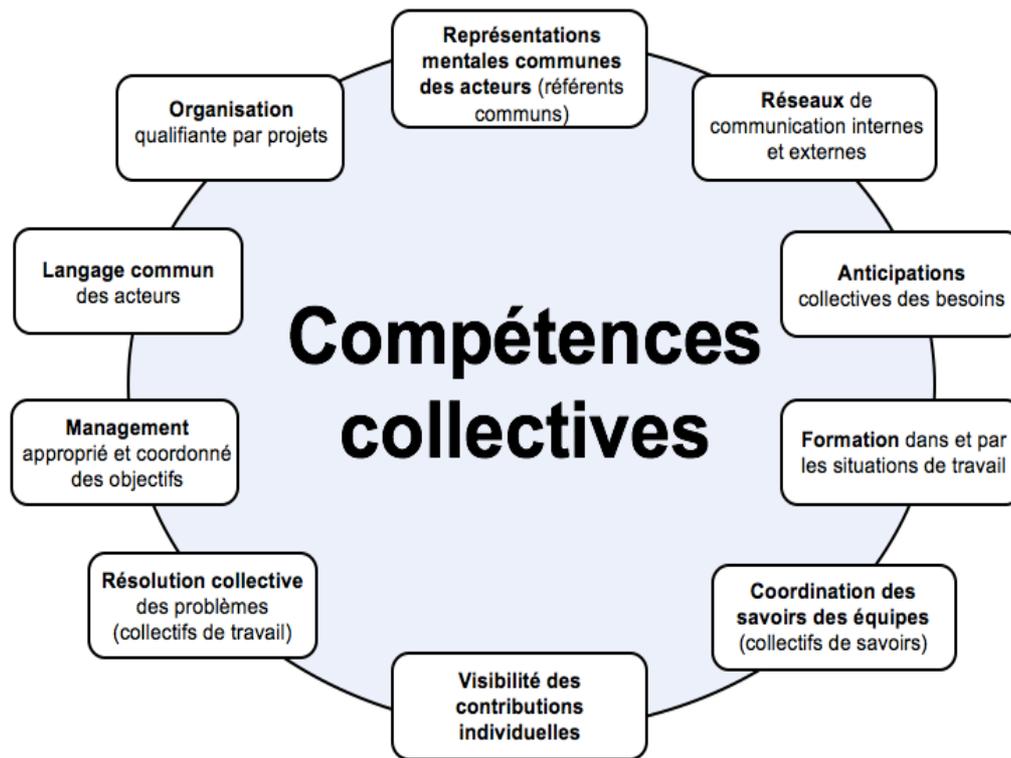


Figure 8. Emergence des compétences collectives au niveau des équipes de travail.

Nous résumons les différents moyens de l'émergence des CC décrits par Rabasse F.

Face à la complexité de la situation d'urgence, la compétence collective se constitue grâce à la mise en commun des savoirs et des expériences des différents acteurs. Nous pouvons assimiler la CC à un « *savoir coopérer* »¹⁵². Le Boterf G. parle « *d'agir communicationnel* »¹⁵³. Ainsi, nous pouvons parler de coopération, de collaboration ou encore de travail en équipe. Rabasse F. utilise le terme de « *coordination des savoirs des équipes* » dans son schéma des compétences collectives. Il ne s'agit donc pas seulement de mettre en commun les compétences individuelles de chacun mais de les coordonner entre elles.

Pour être en mesure d'agir collectivement, il est nécessaire de conduire un « *management approprié et coordonné des objectifs* ». La coordination des compétences repose sur deux maillons centraux de l'équipe :

- **L'expert**, qui est un individu à haute technicité de connaissances. Dans le champ de la santé, nous parlons de leader. Il s'agit généralement du médecin dans la prise en charge de l'ACIH.

- **Le manager**, qui est la personne ayant des aptitudes à coordonner, à animer, à diriger et à organiser. Dans la prise en charge de l'ACR, ce rôle pourrait être attribué à l'IADE.

¹⁵²Amherdt CH. Op cit. p 46.

¹⁵³Ibid.

Rabasse F. ajoute la notion de « *représentations mentales communes* ». L'émergence de la compétence collective passe également par une continuelle remise en question de ses propres savoirs théoriques et pratiques (réflexivité). S'ajoute à cela des réajustements « *dans et par les situations de travail* »¹⁵⁴. En effet, l'auteur explique que les compétences collectives s'acquièrent dans et par l'action par le biais de « *formation dans et par les situations de travail* ». Cette pédagogie de formation porte principalement sur la résolution de problèmes en équipe en situations de travail. Nous retenons qu'il n'y a de CC que lorsque les membres des équipes tirent les leçons de leur propre expérience et les mettent à profit du collectif de travail. Par conséquent, l'émergence et le développement des compétences collectives naissent dans l'expérience commune et par l'action commune des professionnels de l'équipe.

Nous nous intéressons donc à ces différents concepts et à leurs applications dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier. Nous verrons tout d'abord le concept de travail en équipe, puis le concept de communication et enfin le concept de formation dans et par les situations intitulé apprentissage expérientiel.

3.2. Le concept de travail en équipe

La compétence collective correspond à l'ensemble des savoirs, des savoir-faire et savoir-être d'un collectif de travail. Elle vient de l'interaction entre ses membres et est nécessaire pour faire face à un problème ou à une situation de travail imprévue. Cependant, il ne suffit pas de construire une équipe de travail pour que ses membres produisent une compétence collective¹⁵⁵. Nous allons tenter de comprendre comment peut émerger la CC entre les équipes de service et de réanimation spécialisée.

Dans cette partie nous allons tout d'abord définir le travail en équipe puis nous intéresser au travail en équipe dans le cadre de la situation d'urgence.

3.2.1. Définition du travail en équipe

L'étymologie du mot équipe remonte au Moyen-Âge. Il est au départ synonyme d'équipage puis désigne un groupe de bateaux attachés les uns aux autres et tirés par un groupe d'hommes ou de chevaux. Nous parlons d'« *esquif* »¹⁵⁶ en vieux français. Ce terme d'équipe est

¹⁵⁴ Amherdt CH. Op cit. p 41.

¹⁵⁵ Bataille F. (1999) dans https://www.researchgate.net/profile/Sabrina_Loufrani-Fedida/publication/275270398_Les_conditions_d%27emergence_de_la_competence_collective/links/579705eb08ae33e89fad956a/Les-conditions-demergence-de-la-competence-collective.pdf

¹⁵⁶ Formarier M., Jovic L. Les concepts en Sciences Infirmières 2^{ème} Edition, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Editions Mallet Conseil : 2012. p 180 à 182.

ensuite employé dans le monde du travail où un groupe de personnes travaille ensemble pour réaliser une œuvre commune, et dans le sport où les membres d'un groupe sportif s'associent pour remporter une victoire. Dans les deux cas, « *il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble, une victoire à gagner ensemble* »¹⁵⁷.

Le travail en équipe renvoie donc à la notion de groupe. Un groupe est un « *ensemble d'individus en interaction directe qui s'influencent mutuellement et qui éprouvent un sentiment d'appartenance au groupe* »¹⁵⁸. Nous nous intéressons aux groupes de travail. Il en existe deux types : les groupes formels et informels¹⁵⁹.

Les psychologues du travail, Trognon A. et Dessagne L.¹⁶⁰, décrivent l'équipe de travail comme un groupe formel. Les membres de ce groupe ne sont pas volontaires mais ils sont imposés par l'organisation, qui décide de leur rôle. Ils sont liés par la réalisation d'une tâche commune plus ou moins complexe. Ce type de groupe se construit dans le temps. Ses membres ont l'habitude de travailler ensemble. C'est le cas, au départ des équipes de service. Les différents professionnels de santé médicaux et paramédicaux travaillent ensemble, imposés par l'organisation de l'établissement, pour prendre en charge le patient hospitalisé dans sa globalité, pour répondre à ses besoins. Ce groupe est permanent.

Il peut être également temporaire. En effet, c'est le cas de l'équipe de réanimation spécialisée. C'est également un groupe organisé par l'établissement pour répondre à un objectif commun défini : répondre et prendre en charge les urgences intra-hospitalières. Cependant, ces professionnels forment une équipe réduite, provisoire, à la suite d'un appel pour intervenir sur une urgence vitale.

Le groupe peut également se construire de manière informelle. Ses membres se sont réunis de manière volontaire pour répondre à un besoin ou à un problème à un instant T. Lors d'un arrêt cardiaque, les professionnels des deux équipes s'entraident et forment ainsi une seule et même équipe, un groupe informel afin de faire face à un problème. Nous retrouvons ainsi l'équipe de service et l'équipe de réanimation spécialisée, travaillant de concert pour prendre en charge le patient en arrêt cardiaque. Le travail en équipe est alors considéré comme un système d'interactions et de coopération entre les membres de deux équipes différentes.

Un collectif de travail, qu'il soit formel ou informel, regroupe donc des individus, réunis par des intérêts ou des objectifs communs. Cependant, il ne suffit pas de réunir des professionnels

¹⁵⁷Lafon dans Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Editions ESF : 2013. Pologne. p 12.

¹⁵⁸Josien S., Landrieux-Kartochian S. Management des entreprises. 3^{ème} édition. Editions Gualino : 2017. Espagne. p 135.

¹⁵⁹J. Rojot et A. Bergman dans Ibid. p136.

¹⁶⁰Trognon A. et L. Dessagne (2001), les équipes de travail, dans Allouche J. (dir.), Encyclopédie des ressources humaines, Paris, Vuibert, p.452-465.

dans un même lieu pour parler d'équipe de travail. Selon Mucchielli R.¹⁶¹, pour devenir une équipe, un groupe de travail doit présenter les sept caractéristiques suivantes :

- **Le petit nombre.** Pour être efficace dans la prise en charge d'un arrêt cardiaque, il est recommandé d'être au moins deux personnes. Il est parfois nécessaire selon les situations d'avoir besoin de plus de deux personnes. S'ajoute l'équipe de réanimation spécialisée qui a été appelée. Ils vont former temporairement une équipe. Cependant, Lafon R.¹⁶² souligne que les grosses équipes sont un frein à l'efficacité du groupe, par des difficultés de communication. Selon la situation d'urgence, il sera donc nécessaire de réguler le nombre d'intervenants pour assurer une prise en charge de qualité.

- **La qualité du lien interpersonnel.** Il permet aux différents membres de l'équipe d'avoir le sentiment d'appartenir au groupe et de construire une forme de culture commune. Nous exploiterons cette caractéristique dans le concept de communication.

- **L'engagement personnel.** Lafon R. précise que l'équipe n'est pas une addition d'individus mais bien un tout, un ensemble. Chaque membre doit s'investir et apporte ses connaissances, ses expériences et ses compétences au groupe. Cet engagement est synonyme de complémentarité d'action.

- **Une unité particulière qui en découle.** L'équipe forme donc un tout. Le changement d'un élément de l'équipe modifie les autres. Il est donc important de retenir qu'une équipe peut devenir inefficace si un de ses membres n'est plus compétent dans l'action.

- **Une intentionnalité commune vers un but collectif accepté et voulu.** Les membres de l'équipe coopèrent pour atteindre un but commun. Dans l'arrêt cardiaque, les professionnels de santé doivent mettre tout en œuvre pour réanimer le patient.

- **Des contraintes en découlent pour les membres.** Les membres de l'équipe acceptent d'exercer, selon une tactique commune, de la coordination et de la discipline. Ils renoncent à un certain degré d'autonomie.

- **Une organisation.** La structure de l'équipe change selon la situation et les objectifs à atteindre, en maintenant une organisation et une distribution du travail. Lors d'un ACR, le pronostic du patient dépend de la précocité et de la rapidité des gestes de réanimation. Pour être efficace, il est nécessaire que les actions se fassent simultanément. Pour se faire, les rôles et les actions sont distribués à chacun des membres de l'équipe.

Pour résumer, Lafon R. écrit que « *l'équipe est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champ d'action) se considérant comme collectivement*

¹⁶¹Mucchielli R. Op cit. p 12 à 14.

¹⁶²Lafon R. dans Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Editions ESF : 2013. Pologne. Pp 203.

*responsables d'une réalisation, ayant donc une intentionnalité commune, et étant en situation à l'intérieur d'une structure définie, dans un cadre stable et organisé »*¹⁶³. Nous allons tenter de définir la coopération à l'hôpital.

3.2.2. Particularité du travail en équipe à l'hôpital

Nous nous intéressons à l'équipe de travail en milieu hospitalier. Comme nous l'avons vu précédemment, l'hôpital est organisé en pôles d'activité. Même si l'organisation est structurée, les soignants ont une activité au sein du pôle mais également à l'extérieur de ce celui-ci. Ils doivent coopérer avec d'autres professionnels de santé d'autres pôles. Cette action collective nécessite la mise en commun des compétences individuelles afin d'atteindre l'objectif commun d'assurer une prise en charge de qualité et la sécurité des patients. La mise en place d'un collectif de travail est le fondement des organisations. Il est donc indispensable à l'hôpital.

D'après l'HAS, une équipe est définie comme « *un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin. L'équipe conjugue ses actions afin de fournir le bon soin et service, au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel* »¹⁶⁴. Plus précisément, une équipe soignante est un « *groupe de professionnels ayant des qualifications différentes dans le domaine de la santé et qui collaborent à la réalisation d'un projet de soins individualisé commun* »¹⁶⁵. Nous parlons d'équipes pluridisciplinaires.

Le terme « *discipline* » est issu du latin « *disciplina* ». En dehors de la notion d'obéissance et de règles, il signifie « *action d'apprendre* »¹⁶⁶. Il fait référence à une « *science, une matière pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique* »¹⁶⁷. Nous parlons alors de disciplines médicales et paramédicales, et plus précisément de discipline infirmière.

Le travail en équipe pluridisciplinaire « *[re]groupe des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif, de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres* »¹⁶⁸. Il s'agit donc d'une démarche collective où l'association de plusieurs disciplines est nécessaire pour atteindre un objectif commun, pour lequel une seule discipline ne peut suffire pour y répondre. Nous pouvons parler d'addition des compétences et des connaissances entre

¹⁶³ Lafon R. dans Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Editions ESF : 2013. Pologne. Pp 203.

¹⁶⁴ www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe consulté le 16 décembre 2017.

¹⁶⁵ AMIEC RECHERCHE, Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. 3eme edition. Elsevier Masson, 2005. p.95

¹⁶⁶ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/discipline> consulté le 16 décembre 2017.

¹⁶⁷ <http://www.cnrtl.fr/definition/discipline> consulté le 16 décembre 2017.

¹⁶⁸ Jacobson, V, Monello, P. Le travail social en équipe: la collaboration entre travailleurs sociaux de formation différente. s.l.: Editions Privat : 1970. p. 148.

les disciplines scientifiques. C'est le cas des équipes de service et de réanimation spécialisée. Ils se composent par exemple pour le premier groupe de médecins, infirmiers, aide soignantes, agents de service hospitalier, secrétaires et pour le second de médecins, d'infirmiers ou infirmiers anesthésistes ou encore d'ambulanciers. Chaque membre de l'équipe a un rôle spécifique selon sa fonction professionnelle où chacun, de par ses compétences spécifiques, assure une prise en charge globale, sécuritaire et de qualité au patient.

La pluridisciplinarité ne répond pas à la définition de la compétence collective qui n'est pas une somme des compétences mais bien une synergie entre celles-ci. Nous nous demandons alors comment les professionnels issus de différentes disciplines peuvent travailler ensemble pour répondre à la situation professionnelle, pour faire émerger une compétence collective. Ils doivent coopérer. Nous parlons d'interdisciplinarité.

3.2.3. La coopération entre les membres de l'équipe

D'après Le Boterf G., les compétences collectives résultent de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles.

A l'hôpital, nous parlons plus souvent de collaboration et non de coopération. Nous nous demandons alors si ces termes sont synonymes ou non. La coopération est « *une organisation collective du travail dans laquelle la tâche à satisfaire est fragmentée en sous-tâches, chacune de ces sous-tâches est ensuite affectée à un acteur, soit selon une distribution parfaitement horizontale dans laquelle tâches et acteurs sont équivalents, soit selon une logique d'attribution en fonction des compétences particulières de chacun* »¹⁶⁹. Quant à la collaboration, il s'agit d'une « *situation de travail collectif dans laquelle tâche et but sont communs. Tous les acteurs travaillent sur les mêmes points* »¹⁷⁰. Dans la prise en charge de l'ACR, le travail est à la fois collaboratif et coopératif. Nous parlerons dans ce travail de coopération.

En situation d'urgence vitale, par les contraintes de temps que la situation impose, les professionnels de santé doivent partager les tâches. Cependant, il est nécessaire qu'une personne dirige le groupe, le leader. Nous parlons de leadership. Il « *désigne les processus d'influence mutuelle qui se jouent entre les membres d'un groupe et son ou ses leaders, et contribuent à leur performance, motivation et satisfaction* »¹⁷¹. Les professionnels doivent suivre le leader et lui accorder leur confiance. Il favorise la coopération, le partage des rôles, la communication et la gestion des conflits. Le leader délègue les différentes tâches à chaque protagoniste de l'action en tenant compte des compétences et de la motivation de chacun. Pour

¹⁶⁹Boutigny 2004. Cerisier 1999 dans Bouchez J.P. L'entreprise à l'ère du digital. Les nouvelles pratiques collaboratives. Editions de Boeck : 2016. Bruxelles. Pp 336.

¹⁷⁰Ibid.

¹⁷¹Ibid.

cela, le leader doit avoir des aptitudes aux relations interpersonnelles. Il a des capacités d'écoute et de communication. Cependant, le leader ne peut pas toujours tenir compte des avis de chacun. Il est parfois obligé de prendre seul les décisions.

Si nous reprenons la définition du leadership. Dans une équipe de travail, nous pouvons donc retrouver un ou plusieurs leaders. Dans la prise en charge de l'ACR, le médecin est le prescripteur. Il décide du type de prise en charge, des techniques de réanimation, des médicaments à utiliser. Sans sa présence, l'infirmier ne peut pas injecter l'adrénaline. Nous avons vu que le médecin confie dans certains cas la réanimation à l'IADE, un personnel paramédical spécialisé dans le domaine de l'urgence-réanimation. Cependant, l'IADE n'étant pas prescripteur, il n'est pas décisionnaire dans la réanimation. Nos différentes lectures nous ont amené à la notion de management des compétences collectives. Nous nous demandons alors si un rôle de manager incombe à l'IADE.

D'après Mintzberg H.(1984)¹⁷², le manager est celui qui a en charge une organisation. Nous pouvons résumer le travail du manager en trois grands rôles :

- **Un rôle de relation.** Il assure la communication et la coordination entre les membres du groupe ;

- **Un rôle d'informations.** Le manager est observateur actif. Il observe et analyse l'environnement. Il est également un diffuseur. Il transmet les informations aux différents membres de l'équipe et les représente ;

- **Un rôle de décisions.** Il répartit les responsabilités et engage les ressources nécessaires à la situation de crise. Il cherche à faire évoluer l'équipe. Il gère les conflits. Il autorise et assume les différentes décisions prises par le groupe.

Zaleznik A.¹⁷³ a écrit un article où il confirme que le leader et le manager ont des rôles différents. Cependant, nous identifions également des similitudes. Finalement, dans le cadre de l'urgence nous nous demandons si ces rôles sont fixes ou s'ils peuvent changer selon le déroulement de l'action. Si le médecin est pris par le recueil de données et la pose d'un diagnostic ou s'il n'est pas encore sur les lieux, l'IADE commence la réanimation avec l'aide des professionnels du service. Nous nous demandons alors si l'IADE est leader ou manager.

Pour Kotter J-P., « *la vraie gageure est de coupler un leadership fort à un management également fort, chacun servant à équilibrer l'autre* »¹⁷⁴. En situation d'urgence, il est donc nécessaire d'avoir un leadership et un management. Nous nous demandons alors en quoi ils sont

¹⁷²Bachelard O., Normand R. Vers un leadership au service du management public : favoriser l'émergence de compétences collectives. Editions Canopé : 2014. France. p 93.

¹⁷³Zaleznik A. « Managers and Leaders : Are They Different? ». Harvard Business Review, vol 55, n° 5, May-June 1977. p 67-78.

¹⁷⁴Kotter J-P. dans Bachelard O. Op cit. p 92.

complémentaires. Nous pouvons synthétiser la complémentarité des rôles entre le manager et le leader dans le tableau suivant que nous avons adapté à la situation d'urgence :

Le leader	Le manager
<p>Ils ont des objectifs et cherchent à les atteindre : réanimer le patient en ACR. Ils résolvent des problèmes ou une situation imprévue : l'ACR et d'éventuelles difficultés. Ils disposent de deux équipes formelles : l'équipe du service et leur équipe de réanimation spécialisée.</p>	
<p>C'est un visionnaire. Il donne une direction claire et équitable. Il prescrit par exemple l'injection d'adrénaline.</p>	<p>C'est un organisateur : il organise, coordonne et contrôle l'activité de son équipe. Il apporte des méthodes pour aider les membres de l'équipe à réaliser l'action. Il vérifie par exemple le bon positionnement des électrodes de l'électrocardiogramme (ECG), ou encore la qualité du MCE. Il applique la vision du leader.</p>
<p>Il cherche à comprendre le pourquoi. Il pose le diagnostic.</p>	<p>Il cherche à comprendre le comment. Il s'intéresse à la situation de soins.</p>
<p>Il dirige une équipe. Il délègue.</p>	<p>Il est centré sur la tâche. Il contrôle.</p>
<p>Il a une vision perspective : il est tourné vers l'avenir. Il anticipe la suite de la réanimation et le devenir du patient.</p>	<p>Il a une vision courte : il est concentré sur le présent. Il est centré sur la situation de soins. L'IADE serait garant de la qualité des techniques de réanimation.</p>

Tableau 1. La complémentarité des rôles entre le manager et le leader

Dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque, même si le médecin est occupé au diagnostic, il reste leader car c'est lui qui est décisionnaire. L'IADE peut proposer des actions au médecin. En absence et même en présence du médecin, l'IADE prendrait le rôle de manager technique puisqu'il est centré sur la tâche, sur la réalisation des soins.

Le manager doit adapter son style de management selon le contexte de la situation :

- De crise telle que la survenue d'un arrêt cardiaque ;
- Une situation exceptionnelle comme une situation de conflits ;
- Le travail de routine avec un management quotidien d'équipe.

Il s'adapte également selon la compétence des professionnels (de novice à expert). Le style de management repose à la fois sur l'organisation et la technique de la réanimation mais également sur l'aspect relationnel et la dynamique de l'équipe (communication, confiance, etc.). Il existe quatre styles de management (Cf. Figure 9. Les styles de management¹⁷⁵) :

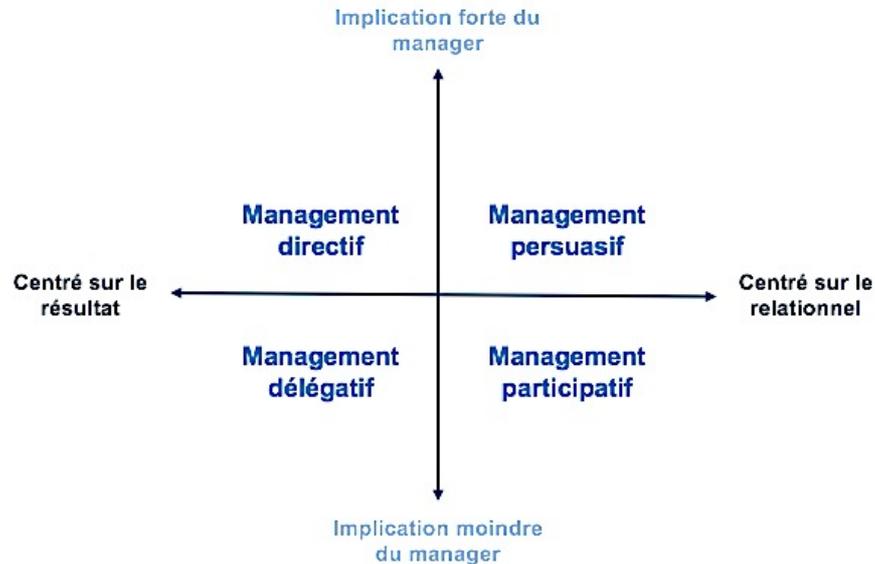


Figure 9. Les styles de management.

- **Directif** (centré sur le résultat avec une forte implication du manager) : « *Fais ce que je dis* ». C'est un management autoritaire. Il contrôle l'équipe en donnant des instructions sur les activités et la technique à suivre. Il limite l'autonomie en imposant les choses. Ce style est efficace en situation d'urgence ou face à une équipe nouvelle ou peu expérimentée pour éviter les erreurs et rester sécuritaire. Il s'agit par exemple de faire préparer la seringue d'adrénaline à une infirmière ou encore de faire poser les électrodes à ECG.

- **Déléгатif** (centré sur le résultat avec une implication moindre du manager) : chaque professionnel est impliqué et responsabilisé. Les décisions sont prises en équipe. Ce style de management est en partie adapté en situation d'urgence. Il est nécessaire dans la réanimation cardiaque de se répartir les tâches cependant il ne laisse pas la place à la discussion. Ce modèle est chronophage et inadapté pour le pronostic du patient.

- **Persuasif** (centré sur le relationnel avec une forte implication du management) : il est paternaliste. Il est autoritaire et essaie de convaincre. Le manager est décisionnaire mais il tient compte de l'avis des membres du groupe. L'équipe est soudée mais peu ouverte aux professionnels extérieurs au groupe. Ce style de management ne permet pas d'impliquer les professionnels de santé du service à la réanimation cardiaque.

¹⁷⁵Genelot. D. Manager dans la complexité, Réflexions à l'usage des dirigeants. 2^{ème} éditions. INSEP Editions : 1998. p 142.

- **Participatif** (centré sur le relationnel avec une implication moindre du manager) : « *coaching* ». Le manager favorise le développement personnel. Il aide et encourage les membres de l'équipe. Ce style de management permet de développer les compétences des professionnels. Il est difficilement applicable pendant la situation de crise mais peut se faire à posteriori puisqu'il s'agit d'aménager des solutions à des problèmes en équipe. Il nous renvoi à la notion de retour d'expérience (débriefing) que nous développerons prochainement dans ce travail.

Dans le cadre de la prise en charge de l'arrêt cardiaque, le management doit être directif pendant l'action. Il doit donner des ordres. Le management doit être orienté vers l'action. Il peut être ensuite participatif pour répondre aux éventuels problèmes rencontrés dans le cadre d'un retour d'expérience (débriefing).

Le travail en équipe n'existe pas sans communication. Nous allons donc développer le concept de communication dans la partie suivante.

3.3. Le concept de communication

3.3.1. Définition et principes de la communication

La communication est l'action de communiquer. Le verbe communiquer vient du latin « *communicare* » qui signifie « *mettre en commun, faire part de, partage* »¹⁷⁶. La communication est l'action de transmettre des informations, un sentiment ou un savoir à un individu ou s'il y a échange de les mettre en commun. Il s'agit donc de l'ensemble des interactions, des moyens et des techniques permettant la diffusion d'informations.

Il existe de nombreuses théories de la communication. A travers ces différents modèles, nous allons tenter de définir un concept de communication adapté à la situation d'urgence vitale et au travail en équipe (Cf. Figure 10. Modèle de communication modifié selon Riley, Wiener, Shannon et Weaver).

Tout d'abord, nous nous intéressons au modèle de Shannon et Weaver, ingénieurs et mathématiciens, qui ont étudié la transmission des informations. Il s'agit d'un modèle linéaire. L'émetteur, grâce à un codage, envoie un message au récepteur (destinataire), par le biais d'un signal parcourant un canal. Parasité par des bruits extérieurs, le message est décodé par le récepteur. Dans leur modèle, les auteurs mettent en lumière les éléments perturbants le message. Cependant, le récepteur reste passif. Il n'y a pas de retour de la part du destinataire.

¹⁷⁶<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communiquer/17568?q=communiquer#17436> consulté le 28 février 2018.

Par la suite, Wiener N., mathématicien américain, a introduit la notion de feedback (boucle de rétroaction). Le récepteur devient acteur de la communication. L'émetteur et le récepteur interagissent. Le schéma de communication n'est alors plus linéaire mais circulaire. Le récepteur a la possibilité de répondre à l'émetteur. Nous distinguons deux types de feedback. Il peut être positif ou négatif. Le feedback positif conduit à accentuer un phénomène : les réactions de l'élément B renforcent l'attitude A. Le feedback négatif au contraire amortit le phénomène : les réactions de l'élément B conduisent l'élément A à se corriger. Par contre, l'absence de feedback devient un frein à la communication. Nous ne savons pas si le message a été compris ou même s'il a été transmis.

Dans le modèle de Riley J.W., l'auteur considère qu'un individu appartient à des groupes. L'émetteur et le récepteur font partie de groupes sociologiques tels qu'un groupe de travail. De ce fait, le groupe a une influence sur ses membres dans leur façon d'agir, de penser et de juger. Ainsi, ils introduisent la notion de contexte ou d'environnement dans lequel se déroule la communication. Le récepteur peut également communiquer avec l'émetteur par le biais d'un feedback. Cette boucle de rétroaction montre qu'il existe un lien de réciprocité et une inter-influence entre les membres de ce groupe.

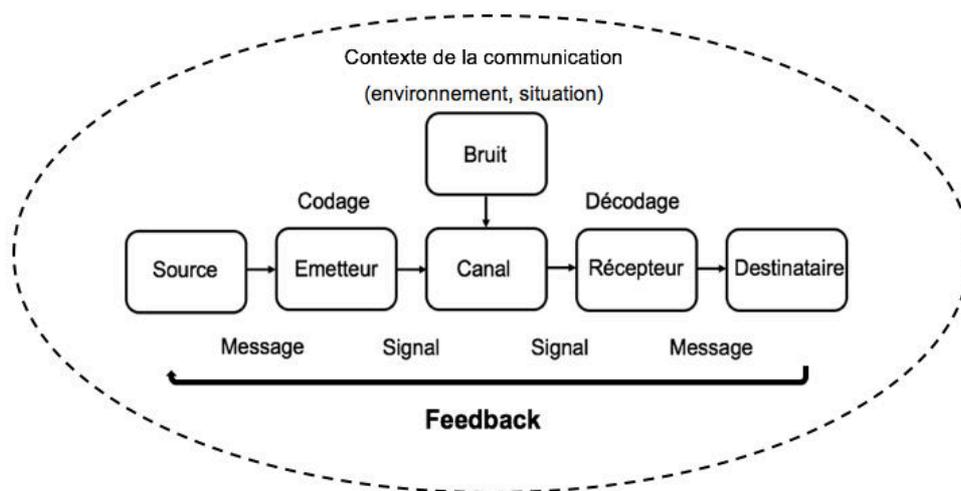


Figure 10. Modèle de communication modifié selon Riley, Wiener, Shannon et Weaver.

Lors d'un ACIH, l'environnement est à la fois le contexte de la communication (urgence vitale) et l'émetteur principal. Il transmet des données cliniques et paracliniques, des informations sur l'organisation (la répartition des tâches), le personnel (le nombre) et le matériel (cohérence du tracé de l'électrocardiogramme). Le leader et le manager sont également des émetteurs importants. Ils vont réguler et organiser la prise en charge pour que l'environnement reste sécuritaire. Les récepteurs correspondent à l'ensemble des professionnels de santé des deux équipes. Chaque soignant doit être en mesure de décoder l'ensemble des informations transmises par les différents émetteurs (langage adapté) et de s'assurer que le message a bien été assimilé (feedback) pour mettre en place les actions. Ils doivent limiter les parasites

(surnombre du personnel). Nous allons tenter de comprendre comment fonctionne la communication en groupe et comment nous pouvons la faciliter.

3.3.2. La communication de groupe en situation d'urgence¹⁷⁷

Il existe différents types de communication¹⁷⁸ : la communication interpersonnelle, de groupe et de masse¹⁷⁹. Nous nous intéressons aux communications interpersonnelles et de groupe dans ce travail de recherche.

La communication interpersonnelle correspond à la communication directe entre un émetteur et un récepteur. Elle a donc une dimension humaine (affective, autoritaire etc.). Il ne s'agit plus seulement d'un acte de transmission de messages mais « *un processus qui intègre des enjeux relationnels, émotionnels, conatifs et identitaires* »¹⁸⁰. De plus, la communication repose sur trois formes du message : verbal, para verbal et non verbal¹⁸¹. Elles doivent être en concordance pour que la communication soit une réussite. Elles sont indissociables et s'influencent mutuellement.

La vie sociale implique donc des relations entre les individus. Dans certaines situations, ces relations deviennent structurées et organisées. Nous pouvons parler d'équipe de travail. S'installe alors une communication de groupe, régie par des règles spécifiques.

La communication en groupe est l'émission d'un message à un groupe ciblé et restreint, à un nombre de récepteurs bien défini telle une réunion interne d'une entreprise.¹⁸² De plus, elle prend en compte le contexte et la situation dans laquelle elle a lieu. Cette communication comprend de nombreux éléments tels que les relations interpersonnelles internes et externes au groupe, le management, les supports de communication, les espaces de travail et leur gestion. Dans un groupe, la communication est indispensable et son absence est à l'origine de dysfonctionnements au sein des organisations.

¹⁷⁷Zarifian P. (2010), « La communication dans le travail », Communication et organisation n°38 consulté sur <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/1462> le 3 mars 2018.

¹⁷⁸Gabin P., Dortier J.F. (2008), La Communication : Etat des Savoirs - Troisième édition actualisée, Paris, Éditions sciences humaines, Pp 416.

¹⁷⁹La communication de masse : il s'agit de l'émission d'information en public telle qu'une conférence de presse ou un message télévisé. Ce type de communication n'exige pas la présence de feedback puisqu'il s'adresse à un nombre illimité de récepteurs.

¹⁸⁰Pitard L., Peruzza E. Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie. Edition Masson : 2010, Pp 264.

¹⁸¹La communication ne passe pas uniquement par les mots et le langage (verbale), ni le rythme des mots et les coupures de phrase (paraverbale). La communication inclut également la communication non verbale. Elles comportent les gestes dont les expressions du visage et le regard, les postures, les attitudes, les comportements, l'investissement de l'espace, le toucher et le silence. Elle est décodée de manière implicite. Cette forme de communication tient une place importante dans la relation à l'autre. Elle vient compléter et influencer la communication verbale. Elle peut accentuer le discours, réguler le langage oral ou même le contredire.

¹⁸²Gabin P. Op cit.

Les membres du groupe élaborent ainsi un réseau de relations interpersonnelles. Il se crée un véritable réseau de communication et de relations avec ses cercles d'influence et de pouvoir. Cependant, ce réseau tend à exclure les personnes extérieures au groupe. Par conséquent, nous nous demandons comment il est possible de communiquer avec d'autres groupes.

En situation d'ACIH, nous nous retrouvons donc face à deux équipes différentes. Nous avons d'un côté l'équipe de service qui s'est constituée de manière aléatoire pour répondre à une situation inhabituelle, qui peut rencontrer des difficultés pour se comprendre ; et nous avons d'un autre côté l'équipe de réanimation spécialisée dont les membres se connaissent très bien et même parfois depuis longtemps. Ces derniers peuvent être amenés à utiliser un mode de communication implicite : « *nous nous comprenons sans nous parler* », ce qui peut entraîner des malentendus ou des oublis. Or, la communication est indispensable et a des conséquences sur la qualité de la prise en charge du patient.

Tout d'abord, comme nous l'avons identifié précédemment, les professionnels de santé doivent utiliser un « *langage opératifs commun* » pour pouvoir se comprendre. Les langages professionnels se construisent à partir de codes professionnels connus et reconnus par les personnes d'une même profession. Les soignants partagent un langage commun qui emprunte à la fois au vocabulaire de la médecine générale et notamment un code spécifique de réanimation. Les équipes de service et de réanimation spécialisée se composent essentiellement de médecins et d'infirmiers, et parfois d'autres professionnels tels que les ambulanciers ou les aides-soignants selon l'organisation des établissements de santé. Par conséquent, cela signifie que même s'ils exercent tous dans le milieu de la santé et agissent ensemble dans l'urgence, les professionnels n'utilisent pas tous le même langage. En effet, le modèle de communication dépend de la formation de chacun. Les infirmières utilisent un modèle plutôt narratif : elles sont formées à la communication descriptive. Elles se concentrent sur la situation de soins, sur la tâche. À l'inverse, les médecins sont habitués à régler des problèmes et à poser des diagnostics. Par conséquent, ils ont tendance à couper la narration, préférant se concentrer sur « *les grandes lignes* ». Ainsi, la communication est facilitée entre les membres de l'équipe issue d'une même fonction, qui ont suivi le même type de formation. Les infirmiers et les infirmiers anesthésistes seraient donc plus à même de se comprendre mutuellement car ils partagent un langage commun. Mais, l'IADE travaille à la fois en étroite collaboration avec le MAR et les infirmiers. Il est donc le lien entre le médical et le paramédical. En situation d'urgence, l'utilisation d'un vocabulaire commun facilite les échanges. C'est un gain de temps non négligeable.

Ensuite, il existe différents supports de communication au sein d'un groupe. Les temps de transmissions ou les réunions d'équipe sont des temps dédiés à l'échange entre les membres

des groupes.

Transmettre, vient du latin « *trans* » et « *mittere* » qui signifie « *envoyer au-delà* ». Le sens du verbe « *mittere* » a évolué et est employé actuellement au sens de « déposer »¹⁸³. En littérature, le terme de transmission se rapproche de la notion de macro-ruptures. Elles correspondent par exemple aux changements d'équipe et de service¹⁸⁴. Elles sont donc liées à l'organisation du travail. La transmission amène également la notion de changement de responsabilité. Elle permet d'assurer la continuité des soins.

Dans le cadre de la prise en charge de l'ACIH, l'appel téléphonique de l'équipe de réanimation spécialisée est le premier temps de transmission obligatoire. En effet, les appels intra-hospitaliers sont régulés par le centre 15 puis transmis à l'équipe de réanimation. L'autre temps de transmission nécessaire est l'échange entre l'équipe du service déjà sur place et l'équipe de réanimation spécialisée afin de faire le point sur la situation.

De surcroît, les échanges informels sont également des moyens de communication efficaces. Ces échanges peuvent se faire de vive voix ou par téléphone, dans un service, dans un vestiaire ou autour d'un café. Ils se font généralement entre les membres d'une même fonction. Ils permettent d'échanger librement et sans jugement en dehors de la situation de travail.

En situation d'urgence, les professionnels utilisent un langage très technique qui n'est pas forcément compris de tous selon les fonctions de chacun. Afin d'assurer la continuité des soins, les récepteurs doivent être en mesure de décoder le message pour mettre en place les actions adaptées pour répondre au problème. La rétroaction (ou feedback) est alors un moyen efficace de vérifier la bonne compréhension du message.

3.3.3. Le feedback ou la rétroaction¹⁸⁵

D'après Saint-Jean (2017) qui cite Rodet J. (2000), la rétroaction ou feedback en anglais se rapproche des termes de correction, commentaire ou encore critique dont le but recherché est une vérification ou une amélioration. Legendre¹⁸⁶ définit la rétroaction comme « *une information donnée à une personne à propos de ses actions, de ses productions, de ses attitudes ou de ses comportements* ». Ce type d'information peut se donner sous la forme de conseils ou de commentaires. Il s'agit de faire une évaluation de la situation et de proposer des solutions fermées aux professionnels.

Cependant, la rétroaction peut être proposée également comme un questionnement partagé. Elle incite alors à réfléchir individuellement ou collectivement aux actions, aux attitudes et aux

¹⁸³<http://www.larousse.fr> consulté le 12 octobre 2017.

¹⁸⁴Anwari, JS, Quality of handover to the postanesthesia care unit nurse. *Anaesthesia*, 2002 ;57(5) :488-93

¹⁸⁵Saint-Jean M., Lafranchise N., Lepage C., Lafortune L. Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing : Accompagner, former et professionnaliser. Presses de l'université du Québec : 2017. Pp 260.

¹⁸⁶Legendre R. (2005) dans Ibid.

comportements de l'individu ou du groupe. Elle suscite pour cela des remises en questions et des confrontations par le biais d'échanges, dans le but de modifier et développer les pratiques. Il s'agit de trouver collectivement des solutions à des problèmes et d'en discuter (Lafortune 2004)¹⁸⁷.

Ainsi, la rétroaction fluctue entre deux pôles (Cf. Figure 11. Continuum de la rétroaction)¹⁸⁸ :

- **Une rétroaction peu ou pas réflexive-interactive** qui fournit de l'information et des conseils à propos des actions, des attitudes et des comportements de l'individu ou du groupe. Le MCE n'est pas efficace, l'appareil de feedback ou un professionnel le fait remarquer.
- **Une rétroaction très réflexive-interactive** qui amène à faire réfléchir sur les actions puis à chercher des solutions aux problèmes. Après plusieurs échecs, nous n'avons pas de voie d'abord pour injecter l'adrénaline, nous trouvons une solution ensemble.

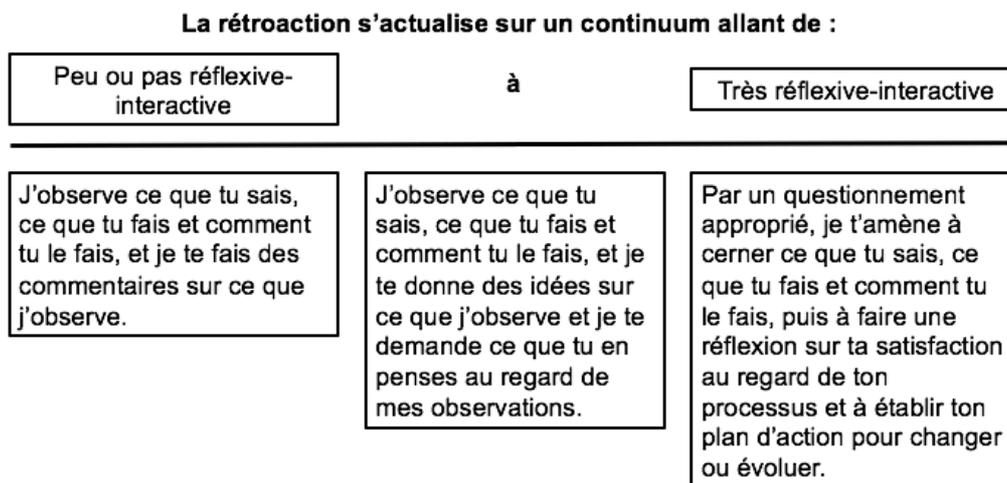


Figure 11. Continuum de la rétroaction.

Les auteurs s'accordent à dire que la rétroaction doit susciter la réflexion et l'interaction pour favoriser le développement individuel et collectif. En effet, la rétroaction réflexive-interactive contribue à l'amélioration des pratiques avant l'action. Elle aide à se positionner et à anticiper les moyens nécessaires à la réalisation de cette action, pour avoir les meilleures chances de réussite. Elle aide également le professionnel à faire des pauses réflexives pendant l'action, pour prendre de la distance lorsque cela est nécessaire dans le but de réadapter ses actions et d'anticiper la suite de la prise en charge. Après l'action, la rétroaction permet de faire le point sur ce qui a été et n'a pas été afin de tirer profit des expériences vécues. La rétroaction doit donc

¹⁸⁷Lafortune (2004) dans Saint-Jean M., Lafranchise N., Lepage C., Lafortune L. (2017), Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing : Accompagner, former et professionnaliser, Presses de l'université du Québec, Pp 260.

¹⁸⁸Do 2017, Lafortune 2012 et 2017 dans Ibid. p 21.

être réflexive-interactive afin que les soignants puissent développer leurs compétences et ainsi améliorer leurs pratiques professionnelles.

Comme nous l'avons vu précédemment, travailler en équipe pluridisciplinaire est incontournable dans les professions de la santé et notamment dans la prise en charge de l'ACIH. Dans de telles situations d'urgence, l'objectif premier de la communication au sein d'une équipe est d'améliorer la prise en charge du patient. En effet, plus la cohésion au sein du groupe augmente, plus la performance augmente.

La rétroaction (feedback) aide les professionnels à développer l'analyse et la critique de leurs pratiques et de leur cheminement. Elle les aide à autoévaluer leurs actions et leur vécu avant, pendant et après la situation d'urgence en développant leur réflexivité, seul ou en équipe. Cette démarche leur permet de comprendre les difficultés et les succès rencontrés pour être en mesure de les corriger ou de les retenir afin de les réinvestir dans de nouvelles situations d'urgence. Ils pourront ainsi maîtriser et faire face aux nouveaux imprévus. Ce type de rétroaction se rapproche du débriefing que nous utilisons en médecine. C'est une forme d'apprentissage.

3.4. Le concept d'apprentissage expérientiel

Nous retenons de ce travail que les compétences peuvent se perdre au cours du temps. En effet, « *il faut donc admettre une dimension permanente d'incertitude dans les acquis possédés, rester toujours ouvert à des remises en question et à des apprentissages nouveaux.* »¹⁸⁹. Il est nécessaire de les exploiter au travers de l'activité professionnelle et de les développer grâce aux apprentissages et aux formations¹⁹⁰. Cependant, la formation ne doit pas seulement contribuer à l'acquisition de ressources mais aussi entraîner les professionnels à « *combiner [ces] ressources [...]* »¹⁹¹ pour faire face à la survenue d'un ACR. Nos différentes lectures nous rapportent que les compétences non techniques des professionnels peuvent se développer grâce à la réflexivité et à l'expérience.

3.4.1. Définition de l'apprentissage expérientiel

Tout d'abord, la formation se doit de développer la capacité de réflexivité et de transfert. En effet, ce n'est pas parce que « *[le professionnel] a acquis des connaissances ou a appris à réaliser une action qu'il est capable de transférer cet apprentissage dans un autre contexte que celui dans lequel il a été réalisé* »¹⁹². Pour être capable de transférer, c'est-à-dire « *de renouveler*

¹⁸⁹Zarifian P. Objectif compétence. Editions Liaisons : 2001. Rueil-Malmaison. p 70.

¹⁹⁰Jonnaert P. Compétences et socioconstructivisme. Editions De Boeck : 2002. Bruxelles. Pp 100.

¹⁹¹Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2015. Paris. p 190.

¹⁹²Ibid. p 198.

dans un autre contexte ce qu'il a appris »¹⁹³, le professionnel doit savoir se détacher de la situation. Le Boterf G. affirme que la réflexivité est un élément clef de l'apprentissage qui mènent à la compétence. Elle s'inscrit dans une boucle d'apprentissage expérientiel.

L'apprentissage expérientiel est un modèle d'apprentissage qui consiste en la transformation de son expérience vécue en savoir personnel.

D'après Dewey J., nous apprenons en faisant (« *learning by doing* »). Nous retenons 90% de ce que nous faisons (Edgar Dale) : l'expérience est une source d'apprentissage. L'expérience doit être cumulative et évolutive. En effet, il explique que l'apprentissage s'inscrit sur un « *continuum expérimental* ». Il utilise les expériences antérieures pour améliorer la qualité des expériences futures. Nous pouvons parler de formation continue. Ainsi, l'apprentissage expérientiel est un processus dynamique qui s'organise en quatre moments (Cf. Figure 12. Modèle d'apprentissage expérientiel de Dewey J.¹⁹⁴) :

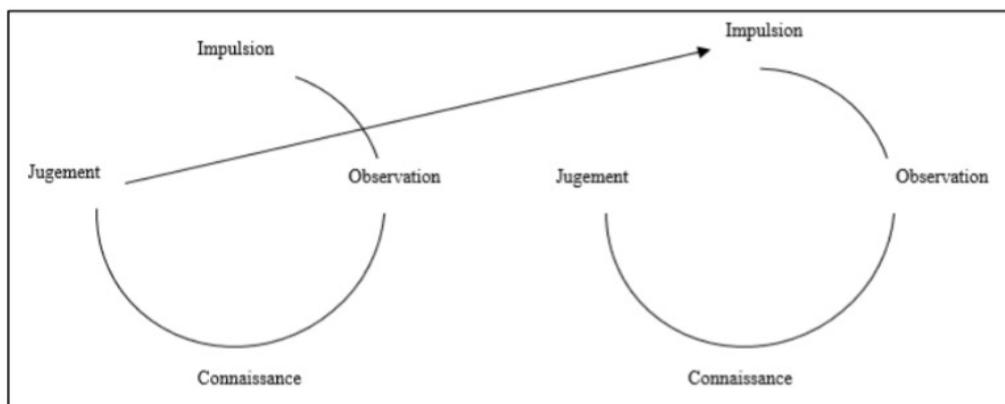


Figure 12. Modèle d'apprentissage expérientiel de Dewey J.

- **L'impulsion** : il s'agit de l'élément déclencheur ou d'un problème rencontré. Une situation qui suscite l'intérêt, la curiosité ou engendre un déséquilibre telle que la survenue d'un ACR en service ou un échec de thérapeutique pendant la réanimation ;

- **L'observation** : il est nécessaire pour l'individu d'observer tous les éléments de la situation. Il est attentif à l'organisation de la prise en charge et aux différents soins réalisés ;

- **La connaissance** : le sujet analyse la situation en faisant appel à ses connaissances, il fait le lien entre les différents éléments qu'il a observé ;

- **Le jugement** : l'individu construit sa propre compréhension de la situation qui lui permettra de faire face à une nouvelle impulsion dans une situation similaire.

Nous tentons maintenant de comprendre comment nous pouvons apprendre collectivement de l'expérience.

¹⁹³Le Boterf G. Op cit.

¹⁹⁴Dewey J. Expérience et éducation. A. Colin.1968. Paris, Pp 147.

Dans le cadre de la prise en charge de l'ACR, les équipes ont très peu de temps pour échanger entre elles. L'équipe du service doit reprendre son activité pour assurer la prise en charge des autres patients ; et l'équipe de réanimation spécialisée doit se rendre disponible pour une éventuelle nouvelle urgence. De nombreux auteurs s'appuient sur les procédures de retour d'expérience « à chaud » utilisées dans les forces armées¹⁹⁵. Ils soumettent l'idée que ce type de retour d'expérience contribue directement au développement des compétences collectives. Nous allons essayer de transposer ce concept à la médecine.

3.4.2. Le retour d'expérience

Le retour d'expérience consiste à « *utiliser le développement d'un événement réel comme une opportunité pour collecter l'expérience individuelle de plusieurs acteurs et la réunir sous la forme d'une expérience collective [et il] doit permettre de capter la représentation de la dynamique des situations pour mieux comprendre les accidents passés et favoriser le partage de l'expérience acquise* »¹⁹⁶. Il se réalise en deux phases.

Dans la première phase, il est nécessaire d'identifier « *l'événement réel* », l'incident ou l'accident qui perturbe le fonctionnement habituel de l'organisation, « *à partir duquel les acteurs parviendront à construire une expérience collective* ».

Dans la seconde phase du retour d'expérience, il s'agit de capitaliser des expériences individuelles afin de les partager au sein du collectif de travail.

Plus précisément, le retour d'expérience « à chaud » s'inscrit dans une temporalité très courte. Il peut être réalisé pendant l'action ou immédiatement après l'action. Les membres de l'équipe analysent ce qui s'est passé (observations, ressentis et interprétations) et pourquoi cela s'est passé. Etant donné qu'il se réalise pendant ou tout de suite après l'action, les membres de l'équipe se souviennent facilement de leurs actions et de l'événement. Ainsi, ils peuvent identifier rapidement les erreurs individuelles ou collectives commises, et apprendre des leçons tirées de l'expérience pour ne pas les reproduire¹⁹⁷.

Le retour d'expérience « à chaud » repose sur trois éléments indispensables¹⁹⁸ :

- Un **langage partagé** par les membres de l'équipe. L'expérience se transmet par les échanges entre les professionnels. Comme nous l'avons vu précédemment, cette communication

¹⁹⁵Par exemple, Baird et al., 1999 ; Darling et al., 2005 ; Ron et al., 2006 ; Vashdi et al., 2007 ; Brock et al., 2009 ; Melkonian et Picq, 2011 ; Godé et Barbaroux, 2012 dans Godé C. Compétences collectives et retour d'expérience « à chaud ». Le cas de l'Équipe de voltige de l'armée de l'air. Revue française de gestion 2012/4 (N° 223), p. 167-180.

¹⁹⁶Wybo J.L., Colardelle C., Poulossier M.P. et Cauchois D. « Retour d'expérience et gestion des risques. Récents progrès en génie des procédés ». Techniques et Documentation, vol. 15 n° 85. 2001 ; p15-128.

¹⁹⁷Godé et Barbaroux, 2012 dans Godé C. Op cit. p 168.

¹⁹⁸Ibid.

repose sur un langage opératif commun. L'intégration dans l'équipe nécessite l'apprentissage de ce langage. Il permet de retenir uniquement les informations pertinentes au moment de l'action. Ce langage leur permet de communiquer rapidement et également de se libérer de leur charge cognitive. La communication informelle prend ici tout son sens. Elle est rapide et efficace. Elle favorise l'identité du groupe et dans le même temps la coopération.

- Une **posture critique** à la fois individuelle et collective. Le retour d'expérience encourage la posture réflexive des soignants. L'analyse et la critique de ses propres pratiques permet de faire progresser l'ensemble des membres de l'équipe. Ils doivent observer et identifier les erreurs afin de se corriger et trouver des solutions collectivement.

- Un **engagement social**. La pratique du retour d'expérience ne peut être bénéfique qu'à la condition que le collectif de travail s'inscrive dans une démarche constructive, sans aucun jugement ni accusation. Les membres de l'équipe doivent être investis dans la cohésion et la dynamique de groupe. En dehors de temps de retour d'expérience organisé, ils doivent prendre l'habitude d'échanger de façon libre et détendue en dehors du contexte de la situation pour faciliter la cohésion du groupe.

Ainsi, nous retenons que le retour d'expérience « à *chaud* » repose sur la communication, la réflexivité et la socialisation¹⁹⁹ et permet la résolution de problèmes de manière coopérative. Ces pratiques apparaissent particulièrement appropriées dans des situations complexes et urgentes qui impliquent une adaptation rapide face aux aléas. Dans le cadre de l'ACR, il est recommandé d'utiliser le débriefing comme outil de retour d'expérience.

3.4.3. Le débriefing, outil de retour d'expérience

Le débriefing constitue une « *réflexion guidée ou facilitée [au cours] d'un apprentissage expérientiel* »²⁰⁰. Nous pouvons parler de réflexivité rétrospective²⁰¹. Il consiste à analyser des situations de travail grâce à une prise de distance par rapport au réel²⁰².

Le débriefing s'intéresse aux résultats mais surtout à la qualité des processus et des comportements. Il cherche à comprendre pourquoi nous avons obtenu un tel résultat et non à identifier le résultat obtenu. Il a « *pour objectif d'analyser les actions [...], les connaissances qu'ils mettent en jeu, les attitudes et les ressentis, afin de proposer des axes d'évolution de pratiques* »²⁰³. Ainsi, comme la rétroaction (ou le feedback), le débriefing est une pratique communicationnelle et réflexive²⁰⁴ qui peut favoriser la compréhension des situations. A la

¹⁹⁹Godé C. Op cit. p 177.

²⁰⁰Fanning, Gaba 2007 dans Saint-Jean M., Lafranchise N., Lepage C., Lafortune L. Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing : Accompagner, former et professionnaliser. Presses de l'université du Québec : 2017. p 104.

²⁰¹Pastré 2002. Ibid. p 105.

²⁰²Pastré 2005. Ibid. p 106.

²⁰³Bastiani, Calmettes, Minville et Marhar. Ibid. p 105.

²⁰⁴Lafortune 2012. Ibid. p 2.

différence de la rétroaction qui peut se produire en action ou après l'action, le débriefing se passent uniquement après l'action (3A : Analyse Après Action).

Il existe deux types de débriefing : le débriefing psychologique et le débriefing technique. Le débriefing psychologique est une prise en charge psychologique rapide pour les professionnels traumatisés par une situation difficile. Il permet de prévenir l'apparition de réactions anormales au stress ou d'une chronicisation de ces dernières. Il nécessite une formation spécifique. Il ne sera pas développé dans ce travail.

Le débriefing technique a pour objectif de reconstituer les actions et de tirer les leçons de l'expérience afin d'améliorer la performance de l'équipe lors d'une prochaine réanimation cardio-pulmonaire. Nous le ciblons technique puisque nous nous préoccupons de l'amélioration des compétences collectives des professionnels qui permettraient d'améliorer la qualité de la réanimation.

Nous nous intéressons ensuite à la manière dont nous pouvons conduire un débriefing. D'une manière générale, le débriefing doit avoir lieu immédiatement après l'action ou au plus tard dans les 72 heures²⁰⁵. Il débute par le recueil des informations par l'unique présence des personnes impliquées dans l'action. Chaque membre de l'équipe doit faire part de sa version, de ce qu'il a vécu et a ressenti pendant l'action. Il ne doit y avoir aucun jugement de valeur. Il est souvent présenté en trois phases. Certains auteurs les nomment phases 1, 2 et 3²⁰⁶ et d'autres parlent des 3D du débriefing : Defusing, Discovering, Deepening²⁰⁷.

- **Phase 1 ou Defusing** : Elle sollicite les réactions à chaud. Elle favorise l'expression du vécu (émotions et performance individuelles et/ou collectives), l'expression des actions réalisées et alternatives. Elle sert à désamorcer les erreurs faites ou perçues, et les désordres cognitifs liés au stress et aux erreurs engendré par la situation ;

- **Phase 2 ou Discovering** : Il s'agit d'un temps d'échanges ouverts, permettant de retracer la situation, les actions et les choix réalisés. La discussion n'est possible qu'en établissant un climat de confiance avec le groupe ;

- **Phase 3 ou Deepening** : Cette phase d'approfondissement a pour objectif de faire la synthèse des nouvelles connaissances. Elle résume ce qui a été exprimé en phase 2. Elle fait également le bilan des éléments positifs et des axes d'améliorations qui ont été identifiés par l'individu et/ou le groupe.

²⁰⁵Bulletin SMUR n°35 (2007) sur https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/35_debiefing_etat_de_stress_aigu.pdf

²⁰⁶Gardner 2013, Fanning et Goba 2007 dans Saint-Jean M. Op cit. p 5.

²⁰⁷Zigmont, Kappus, Sudikoff 2011. Ibid. p 105.

Dans un souci d'amélioration, il se fait par une personne experte dans le domaine enseigné. Il existe trois niveaux de débriefing selon sa conduite : bas, intermédiaire et haut²⁰⁸. Le débriefing bas laisse peu de place à la prise d'initiative. La personne qui conduit le débriefing est plutôt directive. Lorsqu'il est de haut niveau, le collectif de travail trouve lui-même les solutions. L'individu qui mène le débriefing déclenche par son unique présence la réflexivité du groupe.

Le débriefing peut être réalisée individuellement ou collectivement, sous forme écrite ou orale, directement après la situation ou en différée. Il est possible d'utiliser un outil vidéographique. Cependant, il est indispensable qu'il soit fait en présence de personnes qui ont vécu une même situation.

La forme du débriefing doit tenir compte de ses objectifs et de la réceptivité des professionnels à la rétroaction²⁰⁹. En effet, l'aptitude à recevoir la rétroaction varie selon « *[la] personnalité, [l'] environnement socio-culturel, [les] connaissances préalables, [l'] aptitude méthodologique, [la] capacités aux activités métacognitives, [les] états affectifs [de l'individu]* »²¹⁰.

3.4.4. La pédagogie de simulation

Nous nous intéressons ensuite à la pédagogie de la simulation. La simulation est un modèle d'apprentissage expérientiel qui rentre dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC) des professions médicales et paramédicales. La Haute Autorité de Santé (HAS) retient la définition de la simulation suivante : elle correspond « *à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soin, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de la santé ou une équipe de professionnels* »²¹¹. D'une manière générale, selon Le Boterf G., la simulation permet : « *de se préparer à gérer une situation professionnelle en tenant compte de toutes ses dimensions : techniques, relationnelles, comportementales, [...] [et] permet de se préparer aussi bien à des situations courantes qu'à des situations évènementielles ou accidentelles* ». Les professionnels participent donc « *à des activités se situant dans des contextes les plus rapprochés possibles des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à changer* »²¹².

Une séance de simulation se déroule en trois phases :

²⁰⁸Dismukes et Smith 2000. Ibid. p 105.

²⁰⁹Côté et Bélanger 2009. Ibid. p 4.

²¹⁰Rodet 2004. Ibid.

²¹¹America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session. GPO; 2009 - traduction proposée dans le rapport simulation HAS.

²¹²Legendre R. (2007). Dictionnaire actuel de l'éducation. Éditeur Guérin, 3e édition, Pp 1584.

- Le **briefing** opérationnel. Il s'agit d'expliquer le déroulement de la séance (présentation du matériel, organisation de la salle de simulation etc.). Il sert également à instaurer un climat de confiance ;
- La **mise en œuvre d'un scénario**. Il n'est pas connu des professionnels. Il peut être évolutif selon le matériel utilisé et les actions réalisées. La durée de la séance dépend des objectifs identifiés ;
- Le **débriefing**. C'est un temps d'échange dédié aux professionnels, organisé tout de suite après la simulation. Il dure généralement deux fois le temps de la simulation. Il leur permet d'exprimer leur ressenti, ce qu'ils retiennent de la situation et ce qu'ils pourraient améliorer dans leurs pratiques. Il est conduit par un ou plusieurs formateurs. Le débriefing est considéré comme un élément essentiel dans la formation basée sur la simulation. Le « *moyen le plus efficace dans le développement des compétences [n'est] pas la reproduction de l'exercice, mais bien plutôt l'analyse de l'action* »²¹³. Il est démontré que le débriefing améliore l'acquisition des compétences techniques mais aussi non techniques²¹⁴.

La simulation peut se réaliser dans un centre de simulation ou en service (« *in situ* »), c'est-à-dire « *au lit du malade* ». Elle peut être permanente ou temporaire²¹⁵. En effet, il peut s'agir d'une unité fixe avec la mise en place d'une salle de simulation équipée comme le service de soins dans l'établissement ; ou d'une unité mobile qui a lieu directement dans le service de soins où le personnel de formation avec l'équipement de simulation se déplace selon la demande. La simulation *in situ* « *mobile* » permet aux professionnels de se former, de développer leur expérience dans la prise en charge en urgence-réanimation, en équipe, dans leur environnement de travail habituel avec la possibilité de faire appel aux ressources habituelles nécessaires²¹⁶.

Comme nous l'avons vu précédemment, les compétences collectives se développent dans et par l'action grâce à des apprentissages continus. Le débriefing et la simulation encouragent cet apprentissage. Grâce à l'articulation des pratiques réflexives et communicationnelles, ils favoriseraient une dynamique d'accumulation des expériences, qui permettrait de développer la synergie des compétences individuelles au sein de l'équipe et donc des compétences collectives²¹⁷.

²¹³Pastré (2002) dans Saint-Jean M. Op cit. p161.

²¹⁴Savoldelli et al. Ibid. p104.

²¹⁵Moller T.P., Ostergaard D., and Lippert A. Facts and fiction, Training in centres or in situ. Trends in Anaesthesia and Critical Care 2012 ; 2 : 174-179.

²¹⁶Paige JT, Kozmenko V, Yang T, Gururaja RP, Hilton CW, Cohn I, et Al. Attitudinal changes resulting from repetitive training of operating room personnel using of high-fidelity simulation at the point of care. 2009 ; 75(7) : 584-90.

²¹⁷Melkonian et Picq, 2011 dans Godé C. Compétences collectives et retour d'expérience « à chaud ». Le cas de l'Équipe de voltige de l'armée de l'air. Revue française de gestion 2012/4 (N° 223). p. 170.

3.5. Synthèse

Les compétences non techniques sont responsables de la plupart des erreurs médicales. Le facteur humain, comme source d'erreur, est complexe car il touche plusieurs domaines. Il est lié à l'organisation de l'équipe, du service et de l'établissement ; aux conditions de travail telles que l'importante rotation des équipes de soins, les relations interpersonnelles ou la disponibilité du matériel ; liés aux individus comme les compétences techniques, les connaissances, leur état de santé et leur personnalité ; et également liés à l'équipe avec les difficultés de communication, de cohésion et de management.

Les compétences techniques sont acquises par les soignants en formation initiale, lors de la formation aux gestes de soins d'urgence et/ou au cours de l'exercice professionnel. Cependant, même si de plus en plus d'études démontrent l'intérêt de former les professionnels de la santé aux CNT, elles restent encore peu enseignées que ce soit en formation initiale ou en formation continue.

Dans le champ de la santé, nous ne sommes pas préparés à l'erreur, à l'échec mais à « *sauver* », à « *prendre soins* » des patients. L'apprentissage ne se fait pas uniquement dans la réussite. L'erreur fait partie de l'apprentissage. Pour être compétent, il faut faire une erreur, l'accepter, l'analyser et la traiter. Nous apprenons des autres d'où l'importance des nouveaux moyens pédagogiques tels que le débriefing et la simulation (pas de danger pour le patient). Ces formations permettent de développer les compétences non techniques des différents professionnels des équipes face à une situation d'urgence vitale. Elles limitent l'erreur.

4. QUATRIEME PARTIE : ENQUÊTE

Nos recherches théoriques ont enrichi nos connaissances et notre vision du rôle de l'infirmier anesthésiste lors de la prise en charge de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier. L'IADE est un professionnel spécialisé au centre d'équipes pluridisciplinaires.

Ces recherches nous ont amené à formuler des hypothèses de recherche. Nous en avons retenu deux.

4.1. Hypothèses retenues

Nous considérons que ces trois hypothèses sont recevables. Cependant, au vu du temps qui nous est imparti pour effectuer notre mémoire de recherche, nous avons décidé d'écarter l'hypothèse suivante :

« Le management technique par l'IADE permet une synergie des moyens au profit du collectif pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire ».

En effet, même si le management technique par l'IADE nous paraît pertinent et indispensable au cours de la prise en charge de l'ACR, nous estimons qu'il serait peut-être plus intéressant de traiter ce thème comme l'objet d'un autre travail de recherche.

Nous avons donc retenu les deux hypothèses suivantes :

« La formation in situ des professionnels de l'équipe de service par l'IADE contribue au développement des compétences collectives pour assurer une prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire de qualité ».

« La mise en place d'un débriefing par l'IADE contribue à l'émergence des compétences collectives pour rendre la prise en charge de l'ACR optimum ».

La prochaine étape du mémoire est de confirmer ou d'infirmer les hypothèses retenues afin de tenter de répondre partiellement à la question centrale par l'intermédiaire d'entretiens menés auprès de professionnels de santé.

Nous allons donc présenter le protocole de l'enquête de ce travail puis les résultats qui en découlent.

4.2. Justification de l'enquête

Pour rappel, notre objet d'étude s'intéresse au rôle de l'IADE dans l'émergence des compétences collectives entre les équipes de service et de réanimation spécialisée dans le cadre de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier.

Notre cadre théorique nous a permis d'identifier les compétences de l'IADE, les outils pédagogiques et les leviers d'action qui nous semblent avoir une influence sur l'émergence et le développement des compétences collectives de ces équipes.

D'une manière générale, l'intérêt principal de cette enquête est de savoir si les IADE exploitent leurs compétences au profit des équipes de service et de réanimation, et s'ils mettent en œuvre ou non les outils cités dans nos hypothèses. Notre enquête a pour but de mettre en lumière l'intérêt du débriefing et d'une formation spécifique in situ pour améliorer la prise en charge de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier. Nous nous intéressons également au point de vu des IDE.

Nous espérons, en toute humilité, que cette enquête qualitative participe à l'amélioration de la prise en charge des urgences vitales et à préciser la place de l'IADE en urgence-réanimation intra-hospitalière.

4.3. Présentation des objectifs de l'enquête

Dans un premier temps, l'objectif principal de notre enquête est de confronter nos recherches théoriques à la pratique quotidienne des professionnels de santé. L'enquête nous permettra de répondre en partie à la question centrale de notre travail de recherche, en confirmant ou infirmant les deux hypothèses retenues.

Dans un second temps, nous avons des objectifs plus précis qui nous permettront de trouver de nouvelles pistes de réflexion et de nous éclairer sur le projet professionnel. Il s'agit de :

- Analyser les pratiques professionnelles des IADE et des IDE dans la prise en charge de l'ACIH ;
- Confronter les recommandations des bonnes pratiques de l'ACIH avec la réalité du terrain ;
- Démontrer que l'IADE peut-être un lien entre les équipes du service et de réanimation spécialisée pour développer le travail en équipe ;
- Identifier l'intérêt, les besoins et l'avis des IADE et des IDE sur la formation in situ et le débriefing dans la prise en charge de l'ACIH ;
- Démontrer, quelle que soit le déroulement de la situation d'urgence, qu'il est nécessaire ou non d'effectuer un retour d'expérience entre les équipes ;
- Rechercher les avantages et les inconvénients d'impliquer l'équipe du service à la réanimation spécialisée du patient présentant un ACR ;
- Recenser les difficultés rencontrées par les professionnels de santé à mettre en place ces outils pédagogiques ;
- Analyser les freins à ces outils afin de trouver des axes d'amélioration pour rendre ce projet réalisable ;
- Participer, tant que possible, à l'amélioration des pratiques professionnelles des soignants

par le biais de ce travail de recherche.

Dans l'idéal nous aimerions rencontrer des IADE ou des IDE qui ont déjà participé ou réalisé des séances de débriefing et de formation in situ afin de démontrer l'intérêt et la possibilité de réaliser ces séances au sein d'un établissement de santé.

4.4. Méthodologie de l'enquête

4.4.1. La description de la méthodologie de recherche

Nous menons une enquête qualitative multicentrique. Nous la réalisons par le biais d'entretiens individuels semi-directifs, dans quatre établissements de santé différents auprès de deux populations différentes : cinq IADE et cinq IDE. L'enquête a été réalisée entre le 12 avril et le 9 mai 2018.

4.4.2. La population d'étude

La population cible :

L'enquête concerne l'ensemble des IADE qui interviennent dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier, qu'ils exercent à l'origine au bloc opératoire, en service de réanimation ou au SMUR, en secteur public. Les IADE ont au moins deux ans d'expérience, de compétent à expert, afin de donner un maximum d'hétérogénéité à la population et pour voir si l'expérience influence leurs pratiques. D'après Patricia Benner²¹⁸, un professionnel compétent est un infirmier en poste depuis deux ou trois ans. Un soignant performant, est en poste depuis trois à cinq ans et l'expert au-delà de cinq ans. La population est limitée car cela ne concerne pas la majorité des IADE.

L'enquête interroge les IDE exerçant uniquement en service de médecine ou de chirurgie adulte, en dehors des unités à haut plateau technique et de cardiologie, en secteur public, ayant rencontré au moins un ACIH. Nous souhaitons interroger une population « naïve » qui n'a aucune expérience de l'urgence autre que les ACR qu'ils ont vécu en service. La majorité des IDE exerçant en service de soins généraux rencontrent rarement des ACR. Le nombre d'IDE interrogeable est limité face à l'incidence faible de l'ACIH et l'absence de traçabilité du personnel présent.

²¹⁸BENNER P, (2007), De novice à expert, excellence en soins infirmiers, Edition Masson, Paris, Pp 254

La population source :

Pour l'élaboration de l'enquête exploratoire, dix entretiens ont été réalisés auprès d'un échantillon de cinq IADE et cinq IDE exerçant dans quatre hôpitaux publics des régions Grand-Est et Hauts de France. Nous interrogerons un IADE et un IDE dans chacun des trois CH et deux IADE et deux IDE dans le CHU. Le caractère multicentrique nous permettra de confronter les différentes pratiques.

	IDE	IADE
Critères d'inclusion	Les IDE qui exercent en service de médecine ou de chirurgie. Les IDE ayant participé au moins à 1 ACIH qui a nécessité une réanimation cardio-pulmonaire.	Les IADE qui interviennent dans la CSIH.
Critères de non inclusion	Les IDE qui ont une activité de secourisme en dehors de leur activité professionnelle. Les IDE qui n'ont pas obtenu l'AFGSU 2. Les IDE qui exercent en gériatrie car la réanimation n'est pas toujours réalisée.	Les IADE qui n'ont pas réalisé d'activité intrahospitalière depuis plus de 6 mois.
Critères d'exclusion	Les IDE qui ont une expérience en service à haut plateau technique. Les ACIH pour lesquels l'équipe de réanimation spécialisée n'est pas intervenue.	Les IADE dont l'activité intrahospitalière est inférieure à 25% de leur activité professionnelle.
Critères de jugement	Les IDE ont besoin de formation continue spécifique. La formation in situ développe le travail en équipe. Les IDE ont besoin de débriefing. Le débriefing développe le travail en équipe.	Les IADE pratiquent des actions de formation auprès des IDE. La formation in situ développe le travail en équipe. Les IADE pratiquent le retour d'expérience par le biais de la réflexivité. Le débriefing développe le travail en équipe.

Tableau 2. La population source

Face à ces différents critères de sélection, nous avons fait le choix d'une enquête qualitative.

4.4.3. La table de passage

Notre table de passage se présente sous la forme d'un tableau permettant d'explorer les différentes dimensions constituant nos hypothèses (Cf. Annexe XI : la table de passage). Elle permet de construire notre outil d'enquête. En effet, les questions associées à ces dimensions constitueront la trame de notre guide d'entretien. Les indicateurs nous permettront de vérifier nos hypothèses s'ils sont retrouvés dans les informations apportées par les professionnels de santé lors des entretiens.

4.4.4. L'outil de recueil choisi

Nous utilisons la méthode d'entretien semi-directif²¹⁹ pour l'évaluation des hypothèses. Une partie de l'entretien concerne principalement le recueil des données démographiques par le biais de questions fermées. L'entretien semi-directif, constitué majoritairement de questions ouvertes mais précises, permet aux professionnels de santé interrogés d'être exhaustifs et libres sur le thème tout en nous permettant de guider leurs réponses. En effet, l'enquêteur laisse venir la personne interrogée afin qu'elle puisse parler ouvertement et dans l'ordre qui lui convient. Ils apportent des réponses avec leurs propres mots, des détails, et permet au-delà de la parole d'identifier la communication non verbale. Elle permet à l'enquêteur de rebondir sur les propos de l'interviewé. L'enquêteur essaie simplement de recentrer l'entretien sur le thème qui l'intéresse lorsque celui-ci s'en écarte.

Cependant, il existe des biais à l'utilisation de ce type d'entretien. Même si cette méthodologie permet de garantir l'étude de l'intégralité des questions, il réduit le nombre d'interviewés. L'entretien est spontané, les professionnels enquêtés ont peu de temps à la réflexion, ils peuvent répondre au hasard. Ils peuvent délivrer des opinions subjectives, dissimuler ou exagérer des informations.

4.4.5. Le mode de recueil de l'enquête

Nous avons rédigé deux guides d'entretien, un destiné aux IADE et un pour les IDE. Ces guides d'entretien, validés par le directeur méthodologique, permettent d'aborder nos deux hypothèses. Ils contiennent dix questions. Les entretiens, sur rendez-vous, auront une durée moyenne de trente minutes, et seront enregistrés par dictaphone, avec l'autorisation des professionnels de santé, puis retranscrits à l'écrit. Ces entretiens seront réalisés dans une pièce calme, probablement sur le lieu de travail pour des raisons de disponibilités de ces professionnels. Ils seront informés au préalable des modalités du déroulement de l'entretien. Nous nous engageons à garantir l'anonymat du contenu de la discussion (Cf. Annexe XII. Les guides d'entretien).

4.5. Analyse et résultats de l'enquête

4.5.1. Le plan d'analyse

Tout d'abord, une fois les entretiens retranscrits par écrit (Cf. Annexe XIII : Retranscription des entretiens), nous ferons une analyse linéaire, question par question, interviewé par interviewé, sous forme de tableau, en pointant similitudes et divergences, c'est l'analyse

²¹⁹IMBERT G. (2010), L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Recherche en soins infirmiers », Pp 102 (p 23 à 34) en format pdf sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

descriptive (Cf. Annexe XIV : Analyse à plat des entretiens). A partir de ce tableau, nous pourrions classer et regrouper les informations recueillies au cours de chaque entretien par catégorie afin d'identifier les différents thèmes abordés par les professionnels.

Enfin, nous réaliserons une analyse croisée des entretiens afin de comparer les réponses de chacun en reprenant les indicateurs permettant de valider ou non les hypothèses de recherche en regroupant les données par thématique commune.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés avec l'autorisation des directions de soins des différents établissements et de l'encadrement du service. Par conséquent, les professionnels interviewés ont été imposés par l'encadrement ou par les impératifs organisationnels du service. Les réponses aux questions 1 et 2 concernent la démographie, l'expérience et les lieux d'exercice des professionnels interrogés. Ces questions sont traitées au début de l'analyse des résultats afin de corréler l'expérience des soignants aux différentes pratiques.

Pour garantir l'anonymat, les infirmiers anesthésistes sont nommés respectivement IADE 1 à 5, et les infirmiers IDE de 1 à 5.

4.5.2. Présentation des résultats bruts de l'enquête

Dans cette partie, nous présentons les résultats bruts des entretiens repris de l'analyse à plat, soignant par soignant, en suivant une logique thématique.

4.5.2.1. Démographie de la population source

Les questions 1, 2 et 4 nous permettent de présenter la population interviewée.

Les IADE :

IADE	Sexe	Âge	Années expérience IDE	Années expérience IADE	Activités	Activité de secourisme	Fréquence d'intervention UIH	Dernier ACIH (en mois)
IADE 1	H	50	6	21	SMUR Réanimation	Non	« régulièrement » 180	1
IADE 2	F	58	10	25	SMUR Urgences	Oui Formateur CESU	« Au moins une réanimation intrahospitalière par jour » 159-60	0
IADE 3	F	31	9	2	SMUR Bloc opératoire	Oui Sapeur-pompier volontaire	« très fréquemment » 156	1
IADE 4	F	56	13	20	SMUR Bloc opératoire	Non	« tous les jours en intra hospitalier » 144	1
IADE 5	F	55	8	26	Réanimation	Non	« une quinzaine par mois » 152	2

Tableau 3. Démographie de la population IADE.

L'infirmier anesthésiste 1 (IADE 1) est un homme de 50 ans. Il exerce dans un CHU. Il est actuellement IADE en SMUR et réanimation. Il fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Il est diplômé infirmier depuis 27 ans. En dehors d'une expérience de trois mois en service de médecine gastroentérologique, il a travaillé en tant qu'infirmier en SMUR-réanimation. Il est IADE depuis 21 ans. Il n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'infirmier anesthésiste.

→ *L'entretien a eu lieu le 20 avril 2018 dans le service de réanimation. Il a duré 45 min et 35 s.*

L'infirmier anesthésiste 2 (IADE 2) est une femme de 58 ans. Elle exerce dans un CH. Elle est actuellement IADE en SMUR et aux urgences. Elle fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Elle est diplômée infirmière depuis 35 ans. En dehors d'une courte activité en service de chirurgie, elle a exercé en tant qu'infirmière en réanimation, puis aux urgences et enfin au SMUR. Elle est IADE depuis 25 ans. Elle est également formatrice au CESU.

→ *L'entretien a eu lieu le 23 avril 2018 au SMUR. Il a duré 37 min et 41 s.*

L'infirmier anesthésiste 3 (IADE 3) est une femme de 31 ans. Elle exerce dans un CH. Elle est actuellement IADE en SMUR et au bloc opératoire. Elle fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Elle est diplômée infirmière depuis 11 ans. Elle a exercé en tant qu'infirmière en réanimation, en soins intensifs, en cardiologie et aux urgences. Elle est IADE depuis 2 ans. Elle est également sapeur-pompier volontaire.

→ *L'entretien a eu lieu le 24 avril 2018 dans la salle de garde du SMUR. Il a duré 21 min et 26 s.*

L'infirmier anesthésiste 4 (IADE 4) est une femme de 56 ans. Elle exerce dans un CH. Elle est actuellement IADE en SMUR et au bloc opératoire. Elle fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Elle est diplômée infirmière depuis 33 ans. Elle a exercé en tant qu'infirmière au bloc opératoire. Elle est IADE depuis 20 ans. Elle n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'infirmière anesthésiste.

→ *L'entretien a eu lieu le 25 avril 2018 dans son bloc opératoire. Il a duré 17 min et 10 s.*

L'infirmier anesthésiste 5 (IADE 5) est une femme de 55 ans. Elle exerce dans un CHU. Elle est actuellement IADE en réanimation. Elle fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Elle est diplômée infirmière depuis 34 ans. Elle a exercé en tant qu'infirmière en réanimation. Elle est IADE depuis 26 ans. Elle n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'IADE.

→ *L'entretien a eu lieu le 1^{er} mai 2018 en réanimation. Il a duré 28 min et 15 s.*

Les IDE :

IDE	Sexe	Âge	Années expérience IDE	Activités	Activité de secourisme	Nb d'ACIH	Dernier ACIH (en mois)
IDE 1	F	26	5	Chirurgie	Non	2	18
IDE 2	F	30	6	Chirurgie	Non	4	6
IDE 3	F	30	9	Chirurgie	Non	10	2
IDE 4	F	32	10	Médecine	Non	15	18
IDE 5	F	34	14	Médecine	Non	10	12

Tableau 4. Démographie de la population IDE

L'infirmier 1 (IDE 1) est une femme de 26 ans. Elle exerce dans un CHU. Elle travaille actuellement dans un service de chirurgie. Elle a déjà rencontré deux ACR dont un dans son service. Le dernier a eu lieu il y a 18 mois. Elle est diplômée infirmière depuis 5 ans. En dehors de ce service, elle a exercé en soins de suite et réadaptation et dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'infirmière, ni d'expérience en service à haut plateau technique.

→ L'entretien a eu lieu le 12 avril 2018 en dehors du service. Il a duré 22 min et 10 s.

L'infirmier 2 (IDE 2) est une femme de 30 ans. Elle exerce dans un CHU. Elle travaille actuellement dans un service de chirurgie. Elle a déjà rencontré quatre ACR dans son service. Le dernier a eu lieu il y a 6 mois. Elle est diplômée infirmière depuis 6 ans. Elle a exercé uniquement dans ce service depuis son diplôme. Elle n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'infirmière, ni d'expérience en service à haut plateau technique.

→ L'entretien a eu lieu le 13 avril 2018 en dehors du service. Il a duré 23 min et 23 s.

L'infirmier 3 (IDE 3) est une femme de 30 ans. Elle exerce dans un CH. Elle travaille actuellement dans un service de chirurgie. Elle a déjà rencontré dix ACR dans son service. Le dernier a eu lieu il y a deux mois. Elle est diplômée depuis 9 ans. Elle a exercé également en service d'urologie, de vasculaire, d'ophtalmologie et d'ORL. Elle n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'infirmière, ni d'expérience en service à haut plateau technique.

→ L'entretien a eu lieu le 26 avril 2018 dans le service. Il a duré 12 min et 36 sec.

L'infirmier 4 (IDE 4) est une femme de 32 ans. Elle exerce dans un CH. Elle travaille actuellement dans un service de médecine. Elle a déjà rencontré au moins une quinzaine d'ACR dans son service. Le dernier a eu lieu il y a dix-huit mois. Elle est diplômée infirmière depuis 10 ans. Elle a exercé également en service d'hématologie, de gériatrie et de gastro-entérologie. Elle

n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'infirmière, ni d'expérience en service à haut plateau technique.

→ L'entretien a eu lieu le 30 avril 2018 en dehors du service. Il a duré 19 min et 46 s.

L'infirmier 5 (IDE 5) est une femme de 34 ans. Elle exerce dans un CH. Elle travaille actuellement dans un service de médecine. Elle a déjà rencontré au moins une dizaine d'ACR dans son service. Le dernier a eu lieu il y a douze mois. Elle est diplômée depuis 14 ans. Son service a changé plusieurs fois de spécialités de médecine. Elle n'a pas d'activité de secourisme en dehors de sa profession d'infirmière, ni d'expérience en service à haut plateau technique.

→ L'entretien a eu lieu le 9 mai 2018. Pour des impératifs professionnels, il a été réalisé par téléphone et a duré 17 min et 22 s.

L'ensemble des questions permet d'explorer les différentes dimensions de nos hypothèses.

4.5.2.2. La formation in situ

Les IADE :

Professionnel	AFGSU	Autres formations à l'urgence en tant qu'IADE
IADE 1	Non	Prise en charge des urgences pédiatriques
IADE 2	Non	Formation enseignante au CESU, planche à masser
IADE 3	Non	Aucune
IADE 4	Non	Prise en charge des urgences pédiatriques DSA
IADE 5	Non	Aucune

Tableau 5. Etat de la formation des IADE.

L'IADE 1 n'est pas formé à l'AFGSU 2. Il a peut-être eu une formation de secourisme à l'école d'infirmière. Depuis son diplôme, il n'a eu que deux formations institutionnalisées sur l'urgence-réanimation pédiatrique. L'école d'IADE lui a apporté « *des meilleures connaissances au niveau pharmaco, les gestes techniques sur les voies d'abord, sur la ventilation, sur l'intubation [...] et sur la prise en charge globale du patient* » (I46-47). Il s'est surtout formé à l'ACR sur le terrain, « *[...] c'est plus de l'apprentissage sur le terrain qu'à l'école* » (I44) et par des recherches personnelles, « *j'ai vraiment appris moi-même* » (I43) et collectives, « *c'est nous qui cherchons les informations et qui prenons contact avec les réanimateurs. C'est par le dialogue en fait.* », I59-60). L'IADE 1 insiste sur le fait qu'« *on est même dans l'obligation de se former* » (I69). Selon lui, la prise en charge de l'ACR nécessite « *des remises à niveau régulières au niveau*

du service » (I65). « *Il faut faire des formations institutionnelles* » (I63). Il constate que la RCP n'est pas commencée dans le service, « *très peu de choses [...] sont faites* » (I99). Il propose que les soignants du service et de l'équipe de réanimation « *pratiquent des exercices au sein de leur service* » (I344), et puissent « *faire des simulations* » (I360).

Cet IADE fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. L'équipe se compose d'un médecin urgentiste, d'un IADE ou un IDE et d'un ambulancier pour une des procédures, et d'un MAR ou un interne et d'un IADE ou d'un IDE pour l'autre procédure de l'hôpital. Le numéro d'appel est le 8888. Il dispose d'un sac d'urgence.

L'IADE 2 n'est pas formée à l'AFGSU 2. Etant formatrice au CESU, elle a reçu une formation lui permettant d'être enseignante en soins d'urgence. La seule autre formation institutionnelle qui lui a été dispensée, porte sur la planche à masser.

L'école d'IADE lui a apporté des « *savoirs et de [la] pratique au niveau de l'intubation, de [la] dextérité* » (I216) et lui a permis de « *comprendre ce que [elle] fai[t]* » (I220-221). Elle s'est formée à l'ACR sur le terrain : « *on est formé tous les jours [...] en pratiquant* » (I38-39) et par des recherches personnelles, « *j'essayais de me tenir informer* » (I34-35) et collectives, « *on a des infos sur les nouveaux protocoles par les médecins* » (I37-38.) Selon elle, la formation à la prise en charge de l'arrêt cardiaque est « *insuffisante sur tout ce qui est protocoles, nouvelles recommandations* » (I44).

L'IADE 2 fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. L'équipe se compose d'un médecin urgentiste, d'un IADE ou d'un IDE et d'un ambulancier. Le numéro d'appel est le 15. Il dispose d'un sac d'urgence. Elle constate que les infirmiers ne connaissent pas le chariot d'urgence : « *elle [ne] savait pas où se trouvait le laryngo* » (I287). Par conséquent, ils ont « *mis en place une formation [...] de 4h sur le chariot de réanimation* » (I284).

L'IADE 3 n'est pas formée à l'AFGSU 2. Elle n'a eu aucune formation institutionnelle en urgence-réanimation. Elle est formée à l'arrêt cardiaque dans le cadre de son activité de sapeur-pompier. Elle est titulaire des CFAPSE 1 et 2 et bénéficie d'un recyclage annuel sur l'ACR. Cependant ces formations ne concernent pas les soins infirmiers. Elle a « *été formée à l'école d'IADE* » (I31) sur l'ACR. Pour elle, l'école d'IADE « *est vraiment une formation complète* » (I45). Elle a appris aussi avec l'expérience (« *j'en fais assez souvent* » I48). Selon cette IADE, même si sa formation IADE est suffisante, il est tout de même nécessaire de « *se remettre au goût du jour sur les nouvelles pratiques* » (I46) et « *sur les nouveaux protocoles* » (I49-50).

Elle constate que la RCP n'est pas commencée dans le service, « *pas de manœuvres de réa de mise en place* » (I166). Elle stipule que « *pour améliorer les compétences en équipe [il faut faire] de la formation.* » (I291).

L'IADE 3 fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Elle se compose d'un médecin urgentiste, d'un IADE (toujours) et d'un ambulancier. Le numéro d'appel est le 15. Il dispose d'un chariot d'urgence.

L'IADE 4 n'est pas formée à l'AFGSU 2. Depuis son diplôme, elle n'a eu que deux formations institutionnalisées, une sur l'urgence-réanimation pédiatrique et une sur le DSA. Elle a « *surtout été formée à l'école d'IADE* » (I24) sur l'ACR. De surcroît, elle a appris « *surtout avec le temps [et] avec l'expérience* » (I29-30) et « *en discutant* » (I30) en équipe. Pour l'IADE 4, sa formation actuelle est suffisante (I33). Cependant, elle ajoute qu'« *il faut aussi se remettre au goût du jour* » (I34). Elle constate que « *la RCP n'est pas commencée* » (I92) dans le service. Elle dit qu'« *il faudrait que l'IADE apporte de la formation aux équipes de service* » (I138) et qu'« *on peut faire de la formation dans l'action* » (I142).

L'IADE 4 fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. L'équipe se compose d'un médecin urgentiste, d'un IADE ou d'un IDE et d'un ambulancier. Le numéro d'appel est le 15. Il dispose d'un chariot d'urgence.

L'IADE 5 n'est pas formée à l'AFGSU 2. Depuis son diplôme, elle n'a eu aucune formation institutionnelle. Elle a été formée à la prise en charge de l'ACR « *principalement [par] les cours d'infirmière anesthésiste* » (I21-22) et « *principalement sur le tas c'est à dire par l'expérience* » (I21). Elle continue de se former par des recherches personnelles (« *je regarde aussi ce que font les internes* » I30 et « *je pose des questions* » I31) et collectives (« *on a eu des cours (dans le service)* » I28). Selon elle, la formation à l'ACR n'est pas suffisante. Il « *manque des réactualisations sur les médicaments* » (I35) et d'« *être tenue au courant des changements, des nouveaux protocoles, des gestes à faire* » (I40).

Elle constate que la RCP n'est pas commencée dans le service, il « *y a eu un retard de prise en charge* » (I160). Elle ajoute qu'« *il y a clairement un manque de formation dans les services* » (I185-186), et qu'il faut « *leur apprendre à se servir du DSA* » *par exemple* (I185-186).

L'IADE 5 fait partie de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. L'équipe se compose d'un médecin urgentiste, d'un IADE ou d'un IDE et d'un ambulancier pour une des procédures, et d'un MAR ou un interne et d'un IADE ou d'un IDE pour l'autre procédure de l'hôpital. Le numéro d'appel est le 8888. Il dispose d'un sac d'urgence.

Les IDE :

Professionnel	AFGSU	Renouvellement AFGSU	Renouvellement tous les 4 ans
IDE 1	Oui	Non	Non
IDE 2	Oui	Oui	Non 5,5 ans
IDE 3	Oui	Oui	Non 7 ans
IDE 4	Oui	Oui	Non 1 fois en 10 ans
IDE 5	Oui	Oui	Non

Tableau 6. Etat de la formation des IADE.

L'IDE 1 est formée à l'AFGSU 2 depuis l'école d'infirmière. Elle n'a pas eu de réactualisation depuis son diplôme (5 ans) : « *je n'ai pas eu d'autre formation depuis l'école* » (I22). Selon elle, sa formation n'est pas suffisante (« *c'est jamais suffisant* » I34). Elle exprime que la prise en charge de l'ACR nécessite pour elle de faire une formation au moins « *une fois par an [...] minimum* » (I40) pour « *revoir tous les gestes* » (I41). Elle exprime le besoin de faire de la formation « *sur des genres de situations réelles [...] ça rendrait plus réel [...] plutôt qu'un mannequin plutôt que les gestes de base à appliquer* » (I44-46) car « *en situation réelle c'est beaucoup plus compliqué que ça.* » (I159-160). Elle propose « *pourquoi pas même [de] le faire dans le service* » I49, que ça permettrait de « *mieux s'organiser* » (I57).

L'IDE 1 s'adresse à l'IADE quand elle a des interrogations (« *l'IADE [...] m'a expliqué* » I118). Elle met en avant qu'elle aimerait être formée par « *les personnes du SMUR* » car « *ils sont vraiment plus à même de nous former* » (I252-254), « *il[s] connai[ssent] l'environnement du patient* » (I255).

Elle a réalisé la procédure d'ACIH suivante :

- La RCP
- L'appel de l'équipe d'urgence intra-hospitalière (le numéro est le 8888)
- La mise à disposition d'un sac d'urgence et d'un DSA
- La pose d'une voie veineuse périphérique.

Selon l'IDE 1, l'équipe d'urgence intra-hospitalière se compose de trois personnes : un médecin du SAMU, un IADE ou un IDE et une autre personne non identifiée.

L'IDE 2 est formée à l'AFGSU 2 depuis l'école d'infirmière. Elle a réclamé elle-même la réactualisation de l'AFGSU qui a été acceptée. Cependant, elle a dû refaire l'AFGSU 2 entièrement, « *c'était sur 3 jours [...] vu que c'était plus valable* » (I29). Elle a eu cette formation 5,5 ans après l'obtention de l'AFGSU 2. Selon elle, sa formation n'est pas suffisante, « *on devrait en avoir plus souvent [au] moins une petite piqûre de rappel par an* » (I45-46). Elle ajoute qu'elle a préféré un type d'exercice lors de cette formation de 3 jours : il « *y'avait du maquillage sur le bras d'une personne et elle faisait semblant d'être blessée [,] d'avoir un accident. Et on devait la prendre en charge à plusieurs. C'était plus réaliste. C'était vraiment bien* » (I35-36). Elle propose

de « *faire avec des mannequins* » et « *d'en avoir en service* » (I250). Elle met en avant qu'elle aimerait être formée par les IADE, « *vous allez être infirmière anesthésiste donc [...] ça serait bien qu'on vienne nous faire quelques piqûres de rappel de temps en temps* » (I255-256).

L'IDE 2 a réalisé la procédure d'ACIH suivante :

- La RCP
- L'appel de l'équipe d'urgence intra-hospitalière (le numéro est le 8888)
- L'appel de l'interne du service
- La mise à disposition d'un sac d'urgence et d'un DSA
- La pose d'une voie veineuse périphérique.

Selon l'IDE 2, l'équipe d'urgence intra-hospitalière se compose de trois personnes : un médecin du SAMU, un IADE ou un IDE et un aide-soignant.

L'IDE 3 est formée à l'AFGSU 2. Elle a eu sa réactualisation de l'AFGSU au bout de 7 ans. Elle a repassé entièrement l'AFGSU 2, c'était « *sur trois jours* », « *ils m'ont oublié donc j'ai dû tout refaire* » (I30). Selon elle, sa formation n'est pas suffisante, « *il en faudrait plus* », « *au moins tous les ans* » (I37) car « *c'est la pratique qui manque* » (I35). Elle apprend surtout en pratiquant, « *quand tu en as fait plusieurs [...] tu gères un peu les opérations* » (I80) Elle explique qu'elle a apprécié une formation donnée « *par une IADE du CESU [qui] travaille au SAMU* » (I32) « *sur le chariot de réa avec deux trois mises en situation* » (I25). Pour elle, l'IADE a un rôle « *de [...] formation* » (I133).

L'IDE 3 a réalisé la procédure d'ACIH suivante :

- La RCP
- L'appel de l'équipe d'urgence intra-hospitalière (le numéro est le 15)
- La mise à disposition d'un chariot d'urgence et d'un DSA
- La pose d'une voie veineuse périphérique.

Selon l'IDE 3, l'équipe d'urgence intra-hospitalière se compose de trois personnes : un médecin ou un interne, un IADE ou un IDE et un ambulancier.

L'IDE 4 est formée à l'AFGSU 2. Elle a eu sa réactualisation une fois en dix ans, ce qui lui fait deux formations en tout. Selon elle, sa formation n'est pas suffisante, car « *on n'en fait pas tous les jours* » (I28). Elle ajoute qu'« *on n'est jamais assez prêt dans les services* » (I31) et qu'il faudrait une formation à l'ACR « *dans l'idéal tous les ans* » (I34). Elle précise qu'« *on apprend sur le tas* » (I22) principalement, ça lui permet de s'améliorer « *au niveau de [s]on organisation* » car « *plus [elle a] fait des arrêts et plus [elle] savait[t] quoi faire* » (I203).

Elle exprime que l'IADE « *c'est lui qui doit [leur] faire ces formations* » (I196) car « *ils sont plus habilités* » (I197).

L'IDE 4 a réalisé la procédure d'ACIH suivante :

- La RCP
- L'appel de l'équipe d'urgence intra-hospitalière (le numéro est le 15)
- La mise à disposition d'un chariot d'urgence
- La pose d'une voie veineuse périphérique.

Selon l'IDE 4, l'équipe d'urgence intra-hospitalière se compose de trois personnes : un médecin du SAMU, un IADE ou un IDE et un ambulancier.

L'IDE 5 est formée à l'AFGSU 2. Elle a eu sa réactualisation de l'AFGSU mais nous ne connaissons pas la date. Selon elle, sa formation n'est pas suffisante (I30), « *il faudrait refaire une formation tous les ans [...] pratiquer régulièrement* » (I33). Finalement, « *c'est plus [son] expérience qui [l']aide que ce qu'[elle a] appris à l'AFGSU* » (I30-31). Plus précisément, « *c'est quand on en a fait plusieurs qu'on arrive à gérer [...] mieux* » l'ACR (I31-32). Dans son service actuel, elle participe à « *des mises en situations pratiques avec tous ceux du service* » (I18-19). Ces mises en situation sont organisées par la cadre avec « *quelqu'un du SMUR [et] un cardiologue* » (I18-19) et suivies d'un « *débriefing sur ce qui a été et n'a pas été [...] sur ce qu'il aurait fallu faire* » (I20-21). Cette formation, interne au service, a été mis en place suite à des erreurs lors d'un ACR.

L'IDE 5 a réalisé la procédure d'ACIH suivante :

- La RCP
- L'appel de l'équipe d'urgence intra-hospitalière (le numéro est le 15)
- La mise à disposition d'un chariot d'urgence et d'un DSA
- La pose d'une voie veineuse périphérique.

Selon l'IDE 5, l'équipe d'urgence intra-hospitalière se compose de trois personnes : un médecin des urgences, un IADE et un brancardier.

4.5.2.3. Le débriefing

Nous avons vu que le débriefing est une pratique communicationnelle et réflexive. Les questions 6, 7 et 8 vont nous permettre plus particulièrement d'évaluer le niveau de réflexivité des professionnels et de faire le lien avec le débriefing.

Les IADE :

L'IADE 1 a identifié un certain nombre de difficultés qu'il a rencontré lors de la prise en charge des ACIH. Pour lui, les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque en intra-hospitalier sont moindres qu'en extrahospitalier (« *on a très souvent de meilleures conditions que quand on fait en extérieur en SMUR* » (I188-189).

Il a vécu une situation difficile en équipe, ils ont réanimé un patient qui ne devait pas l'être. Ensuite, il décrit cette situation. Il identifie les difficultés rencontrées : « *c'était vraiment un manque*

d'information et de relation avec [...] l'équipe du service » (I196-197). Ils se sont « remis en question » (I239). Il cherche des ressources pour palier à ses difficultés : « on aurait dû certainement poser la question ou regarder nous même le dossier » (I240). Suite à cela, ils ont modifié leurs pratiques en équipe : « maintenant on pose au moins la question quand on arrive. Le médecin essaie de rechercher l'information dans le dossier » (I241-242). A ce jour, ils sont plus efficaces. Ils transposent dans d'autres situations ce qu'ils ont appris suite à ces difficultés (« depuis ça ne m'est pas arrivé mais [ce n'est] pas toujours évident d'avoir toutes les informations dans l'urgence de la situation » I242-243).

Cet IADE vit la situation d'arrêt cardiaque différemment selon le profil du patient et la situation. Il explique qu'« avant [...] il ne faut jamais se poser de questions » (I248). Il dit qu'il « y a toujours du stress [mais qu'] on n'y pense pas vraiment pendant » (I256-257) car « [...] on a [...] des schémas décisionnels c'est-à-dire que je sais que ce je vais avoir à faire » (I251). Il insiste sur le fait que c'est finalement « en post intervention [qu'] on est amené le plus à réfléchir » (I257-258). Il ajoute que « c'est bien d'en discuter entre nous » (I259), que nous pouvons apprendre « au travers de l'expérience des autres » (I290-292). Il échange avec le corps médical « si ce qu'on a fait c'était bien si on n'aurait pas pu faire autre chose », « c'est de la formation continue c'est une sorte de débriefing » (I273-274). Il faut pour lui « regrouper toute l'équipe qui était présente » (I365) et parler d'« un cas d'équipe » (I370) et non d'« un cas médical » (I370) et il ne « faut pas que ce soit limité au personnel médical du SMUR il faut que ce soit ouvert [...] à l'ambulancier [etc.] » (I372 à 375).

L'IADE 2 a identifié un certain nombre de difficultés qu'il a rencontré lors de la prise en charge des ACIH. Il spécifie que les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque en intra-hospitalier sont moindres qu'en extra-hospitalier.

Il a vécu une situation difficile en équipe. Ils ont eu des difficultés d'intubation chez une patiente obèse Cormack 4 au scanner. Ils se sont « remis en question » (I180) (« peut-être qu'on n'était pas bien positionné » I184, « on aurait sûrement pu faire autrement » I184). Elle précise que « sur le moment c'est difficile de réfléchir » (I186).

Mais qu'« après [il faut] en rediscuter avec le médecin et se remettre en question sur comment on aurait pu faire autrement » (I187 188).

Cette IADE vit la situation d'arrêt cardiaque différemment selon le profil du patient (« on stresse mais ça dépend [avec les] personnes âgées [...] on a déjà moins de stress que si c'était un jeune » I171-172).

Elle explique qu'« avant [l'ACR] on ne se pose pas tellement de questions. » (I169-170) car « on sait qu'on aura du monde [...] des ressources humaines et matérielles » (I174-176). Elle ne parle pas du tout de son vécu pendant. Par contre, elle dit qu'on y repense surtout après (I190).

Suite à un ACR, ils « *discute[nt] des situations difficiles* » (I198) donc « *on se fait nos débriefings entre nous* » (I200-201) « *quand on a des difficultés d'organisation* » (I209-210), ils « *raconte[nt] comment ça s'est passé* » (I203). Le débriefing leur permet de « *réfléchir en équipe* », d'améliorer leurs pratiques (I211) et que « *ça sert aussi à évacuer les émotions* » (I211).

L'IADE 3 a identifié un certain nombre de difficultés qu'elle a rencontré lors de la prise en charge des ACIH. Elle spécifie que les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque en intra-hospitalier sont moindres qu'en extrahospitalier.

Elle a vécu une situation difficile, qu'elle décrit et cherche à comprendre. Elle explique que face aux situations difficiles « *on tient forcément compte des expériences passées pour les expériences futures* » pour s'améliorer (218-220), « *on en parle en équipe* » (I195). Elle précise que ça a modifié ses pratiques mais également celles de ses collègues (I218-220). Elle ajoute qu'ils utilisent le débriefing entre eux au sein de l'équipe d'urgence intra-hospitalière pour voir ce qu'ils pourraient améliorer (« *ça arrive qu'on fasse un débriefing entre nous [...] pour savoir ce qu'on aurait pu améliorer* » (I222-224) et avec l'équipe du service (« *je suis retournée dans le service après pour discuter [...] de l'organisation. Faire une sorte de débriefing sur ce qui n'a pas été, pour voir ce qui est à améliorer et aussi pour les encourager* » I179-182). Elle explique qu'elle le fait « *en rangeant le matériel* » (I210) avec son équipe et « *à chaud* », « *tout de suite* » avec le service « *en post intervention pour ne pas qu'ils appréhendent* » (I179-182).

L'IADE 4 a identifié un certain nombre de difficultés qu'elle a rencontré lors de la prise en charge des ACIH. Elle ne décrit pas de situation particulière mais explique qu'elle prend du recul face à des difficultés (« *on s'aperçoit qu'on aurait [...] dû faire autrement [...] on aurait [...] dû procéder de telle ou telle façon* » I120-121).

Cet IADE vit la situation d'arrêt cardiaque différemment selon le profil du patient (c'est « *difficile [...] encore plus chez les jeunes adultes ou les enfants* » I90-91).

Elle explique qu'« *avant on ne se pose pas vraiment de question on sait ce qu'on a à faire.* » (I99) ainsi que pendant (I100). Elle insiste sur le fait que « *c'est vraiment plus difficile [...] après* » (I100). Pour répondre à ces difficultés elle dit que « *l'idéal c'est le débriefing [...] après* » (I101).

L'IADE 5 a identifié un certain nombre de difficultés qu'il a rencontré lors de la prise en charge des ACIH. Il a vécu une situation difficile en équipe, où beaucoup de personnels étaient présents face à une patiente en arrêt mais personne n'avait commencé la RCP. Elle décrit cette situation et explique que ça lui « *arrive de refaire la scène après en [s]e disant qu'est-ce qu'on a fait qu'est-ce qu'on n'a pas fait qu'est ce qui était bien* » (I215-216).

Cette IADE vit la situation d'ACR différemment selon le profil du patient et la situation (« *ça dépend de la situation* » et de « *l'âge du patient* » I189). Elle explique que cela peut être stressant

avant « *car tu ne sais pas [si] le service aura fait les premiers soins [et] dans quelle situation on va se retrouver* » (I92-194) mais pendant également (I202). Elle ajoute qu'elle aime bien « *faire un petit débriefing avec l'interne* » (I203) et « *avec les infirmières du service* » pour leur dire qu'« *il y'aurait fallu s'organiser comme ça faire comme ça* » (I225-227). Elle a même remarqué une évolution chez certains infirmiers (au fil des ACR « *mieux il le prenait en en charge* » I237-239).

Les IDE :

L'IDE 1 a identifié un certain nombre de difficultés qu'elle a rencontré lors de la prise en charge des ACIH. Elle a vécu une situation difficile en équipe. Elle s'est retrouvée en difficulté à cause d'une mauvaise organisation du matériel. Elle décrit cette situation. Elle a « *pris du recul* » (I211) et a cherché en équipe des solutions aux problèmes rencontrés afin d'améliorer leurs pratiques (« *on a essayé de réajuster tout ce qui nous a posé problème pour mieux vivre les prochaines urgences. On a essayé de réorganiser les choses* » I237-239).

Cette IDE explique que « *pendant l'arrêt cardiaque c'est stressant* » (I181) mais que ça l'est beaucoup plus après (« *après par contre c'est difficile* » I184). Face à cela, ils en ont parlé en équipe (« *avec ma collègue qui était présente [...] sur les lieux et qui m'a donc assisté pour cette situation. On en a beaucoup reparlé ensemble* » I219-221). Ce sont des échanges informels (« *c'était entre nous. On en discutait dans le service [...] on n'a pas de groupe de paroles* » I224-225). Elle en a parlé avec la cadre du service, avec l'infirmière et le chirurgien qui ont fait l'ACR avec elle. Elle aurait souhaité le faire avec l'équipe d'urgence intra-hospitalière (« *j'aurai aimé en discuter avec l'équipe du SMUR pour comprendre ce qui s'est passé* » I202-204).

L'IDE 2 a identifié un certain nombre de difficultés qu'elle a rencontré lors de la prise en charge des ACIH. Elle a vécu une situation difficile en équipe. Elle s'est retrouvée en difficulté à cause d'un manque de pratique et de connaissances. Elle décrit cette situation. Elle identifie les difficultés et a cherché en équipe des solutions aux problèmes rencontrés afin d'améliorer leurs pratiques (« *on se demande toujours si on a bien fait ce qu'on aurait pu améliorer pour lui* » I165, « *tu analyses et [...] tu te dis que [...] la prochaine fois ça ne se passera pas comme ça* » I207). Cette IDE explique qu'elle vit la situation d'ACR différemment selon le profil des patients (« *avec des patients c'est plus dur que d'autres* » I169-170). Elle vit difficilement l'ACR pendant « *mais surtout après* » (I162). Suite à ces difficultés, elle en a « *parler entre collègues* » (I252). Concernant ses émotions, elle pense que « *c'est plus facile d'en parler avec son équipe à soit parce qu'on arrive mieux à se confier qu'à des gens [que l'on ne] connaît pas* » (I252-254).

L'IDE 3 a identifié un certain nombre de difficultés qu'elle a rencontré lors de la prise en charge des ACIH notamment un manque de pratique. Face à une difficulté, elle se remet en

question notamment sur si ce qu'elle fait est bien fait (« *tu te dis faut que je masse mais j'ai jamais massé, est ce que je fais ça correctement ?* » I71-72).

Elle explique qu'elle vit la situation d'ACR différemment selon le profil des patients (« *c'est vraiment dépendant du type de personne* » I118) et de la situation (I114). Elle exprime que la période la plus difficile c'est après l'ACR. Lorsqu'elle vit une situation difficile en équipe, ils en discutent ensemble (« *on en discute en équipe souvent* » I121), ils font « *un petit débrief* » (I123). Elle explique que ça permet d'identifier ce qui n'a pas été (« *on voit ce qui a été ou n'a pas été comme ça on fait pas les mêmes erreurs au prochain ACR* » I146-147) et que « *ça permet d'évacuer le stress* » (I148). Elle dit que ça améliore les pratiques de l'équipe (« *ça améliore nos pratiques* » I130).

L'IDE 4 a identifié un certain nombre de difficultés qu'elle a rencontré lors de la prise en charge des ACIH notamment un manque de pratique et d'organisation. Face à une difficulté ou des incompréhensions, elle recherche des informations et des solutions pour comprendre (« *après j'aime bien aller rechercher ou demander au SMUR pour comprendre* » I149-150).

Elle explique qu'elle vit la situation d'ACR différemment selon le profil des patients (« *ça dépend du patient, de l'âge du patient de ses antécédents* » I118). Elle précise que pendant l'ACR, elle ne se pose pas de question (« *pendant non je ne réfléchis pas trop* » I133) mais qu'elle le fait surtout après (I128). Suite à un ACIH, ils font du débriefing en équipe (« *on fait des débriefings en équipe [...] ceux qui ont vécu l'urgence et on parle de la situation d'urgence* » I120-122). Elle explique que ça permet de connaître les compétences de chacun (« *on sait comme ça qui sait faire quoi* » I181-182) et de renforcer la cohésion de l'équipe (« *ça soude une équipe* » I181-182) et que cela améliore leurs pratiques. C'est un temps formalisé, conduit par l'encadrement du service. Elle explique que c'est plus efficace le jour même de la survenue de l'ACR (« *ça dépend quand on le fait. Quand c'est après coup ça va on se souvient bien de ce qu'on a fait mais quand c'est longtemps après c'est plus difficile* » I139-140).

L'IDE 5 a identifié un certain nombre de difficultés qu'elle a rencontré lors de la prise en charge des ACIH notamment d'ordre organisationnel. Elle exprime que la période la plus difficile c'est après l'ACR. En effet, pendant l'arrêt elle sait ce qu'elle a à faire (« *j'ai pas forcément de réflexion je sais ce qu'il y a faire* » I92-93). La période la plus stressante, c'est après (« *après [...] c'est stressant.* » I93-94). Face à une situation difficile, elle discute en équipe pour identifier ce qui a été et n'a pas été (« *après les personnes avec qui on a pratiqué [...] ça on n'y a pas pensé on aurait dû faire comme ça [...] ça nous aide* » I97-99). Elle différencie deux sortes d'échange, un échange plutôt technique (« *le SMUR on peut plus parler de ce qui a été ou non que de parler de nos émotions* » I103-104) et un échange plutôt psychologique (« *pour de l'affect je discute avec ma collègue* » I106).

4.5.2.4. Les compétences collectives

Nous avons vu que la compétence collective est une synergie des compétences individuelles et se rapproche de la notion de travail en équipe. Les questions 6 et 7 nous permettront plus particulièrement d'identifier, s'il existe une coopération entre les deux équipes qui interviennent dans la réanimation cardiaque du patient en ACR et de comprendre les freins et les axes d'amélioration au travail en équipe.

Les IADE :

L'IADE 1 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *il faut que tout le monde travaille* » I130) car « *plus vite le patient sera conditionné plus vite on aura de chance de le récupérer. En ça c'est un travail en équipe* » (I131-132). Il précise que travailler en équipe, c'est pour lui avoir un même objectif (« *on a un seul objectif tout le monde a le même* » I134). Pour qu'il soit efficace, il ajoute qu'une cohésion est nécessaire (« *sans qu'il y ait de tension pour que le travail se fasse de manière efficace* » I134-136) et de la communication (« *avec des gens avec qui on peut communiquer* » I134). La qualité principale d'une équipe pour être performante c'est le « *calme quelle que soit la situation* » (I176). Pour lui le travail en équipe se construit avec le temps (« *c'est pas quelque chose qu'on peut faire en 15 jours [...] c'est du travail au long court* » I137). Dans son équipe, « *les choses se font finalement naturellement* » (I143-144), « *quand on est avec des gens avec qui on a l'habitude de travailler* » (I145-147), sans avoir besoin de discuter (« *on n'a même pas besoin de se parler chacun sait sa place* » (I144-145).

Cet IADE implique moins l'équipe du service actuellement (« *on les impliquait [...] d'avantage avant quand on n'avait pas la planche à masser [...] on faisait participer d'avantage les gens du service pour se relayer* » (I153-155) car en effet, ils arrivent à gérer l'ACR avec leur propre équipe (« *on arrive à travailler à 3 sans avoir franchement besoin d'aide extérieure* » I155-156).

Au sein de son équipe, le médecin s'occupe du diagnostic (« *l'urgentiste il va gérer [...] savoir quelle est la pathologie du patient les antécédents etc. pour pouvoir orienter la réa* » I110-111) pendant que l'IADE 1 gère la voie d'abord (« *s'il n'y a pas de voie d'abord c'est nous en tant qu'IADE qui sommes dédiés à ça parce qu'[']on a plus d'expérience et de dextérité que les urgentistes* » I107-108). Ensuite, le médecin ou l'IADE se met à la tête, c'est dépendant de la situation (« *pendant que les deux autres gèrent le reste un à la tête et un à la voie d'abord* » I103-104). L'ambulancier gère le massage cardiaque (« *c'est l'ambulancier qui gère ça (planche à masser) il la met très rapidement* » I103).

Il reconnaît l'IADE comme ayant des capacités relationnelles (« *il a les facilités pour parler à l'équipe médicale et il a la confiance du personnel paramédical* » I394) ce qui améliore les pratiques collectives (« *si tu gagnes la confiance du personnel paramédical tu te rends compte*

que la prise en charge du patient elle est dix fois mieux » (I407 à 409) ; comme une personne ressource (« *en cas de difficultés d'intubation de l'urgentiste on se met à la tête* » I111-112). Il a également un rôle de « *manager* » (I409) dans la réanimation cardiaque du patient car il peut se retrouver à prendre en charge les patients sans le médecin (I416-417), et même si le médecin est présent (« *c'est pas toi qui sera décisionnaire mais tu es là pour proposer* » I414-415), il organise les actions (« *on peut être amené à dire ba non toi tu vas te mettre là toi tu vas te mettre ici et faire ça et toi tu vas répartir donc la charge de travail autour du patient pour que ça s'organise du mieux possible* » I405-406). Il décrit l'IADE comme « *le fusible de l'équipe* » (I440). L'IADE est polyvalent et s'adapte en fonction de la situation (« *on est capable et c'est aussi l'intérêt d'avoir des IADE au SMUR de pouvoir se mettre là où il va y avoir une difficulté* » I117-121).

L'IADE 2 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *c'est facile si on est en nombre ! C'est sûr que tout seul on est limité* » I299-300). Pour elle, travailler en équipe c'est être « *complémentaire* » grâce aux compétences de chacun (« *chacun avec son expérience et [...] ses connaissances [...] on se complète* » I238-239). Dans son équipe, « *chacun sait ce qu'il a à faire* » (I112) car ils « *travaille[nt] ensemble depuis plusieurs années* » (I111). Pour que le travail en équipe soit efficace, il faut être « *calme* » (I118).

Cet IADE implique l'équipe du service dans le but de les former (« *j'en profite pour les faire pratiquer justement. Qu'elles participent à la réanimation.* » I87 à 89).

Dans son équipe, le médecin gère la ventilation (« *le médecin lui il va s'occuper de ventiler* » I105), l'IADE monitoré le patient (« *ça va être de scoper* » I102) et intube en cas d'échec (« *parfois oui j'intube* » I115) et l'ambulancier s'occupe du matériel (« *l'ambulancier [...] va [...] donner le matériel d'intubation* » I106-107).

Il reconnaît l'IADE comme ayant des capacités relationnelles (« *c'est tout le temps à l'IADE ou l'infirmier [...] à qui elles parlent* » I254) et comme une personne ressource (« *j'intube si le médecin n'a pas réussi* » I115).

L'IADE 3 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *c'est compliqué de prendre en charge l'arrêt toute seule* » I103, « *il faut être au moins trois* » I254-255). Pour elle, travailler en équipe « *c'est réussir à faire l'action ensemble dans un but commun* » (I137). Le but « *c'est de trouver une mission à chacun selon ses cordes pour agir de manière harmonieuse tous ensemble pour réanimer le patient* » (I157 à 159). Pour qu'il soit efficace, il faut que « *chacun amène sa pierre à l'édifice* » (I298-299) et travailler « *de manière harmonieuse* » (I279), « *d'avoir des bonnes relations* » (I251) et « *une communication de qualité* » (I276).

Cet IADE implique l'équipe du service pour trois raisons :

- Pour l'aider dans la prise en charge (« *les impliquer ça m'aide moi* » I146) ;
- Pour les former (« *ça les implique également dans la réanimation pour qu'ils apprennent les gestes d'urgence* » I 146-14) ;
- Pour évacuer leur stress (« *ils se sentent moins impuissants* » I 149).

Dans son équipe, le médecin effectue le diagnostic (« *le médecin souvent va prendre les renseignements* » I129) et le massage cardiaque, l'IADE gère la ventilation et l'intubation (« *c'est souvent l'IADE qui se met à la tête c'est rarement le médecin qui intube car on a notre expérience de bloc on le fait plus souvent que lui* » I 132-133), l'ambulancier s'occupe du matériel et du MCE (« *il nous prépare du matériel* » I122). D'une manière générale, « *c'est bien organisé* » (I111), la répartition dépend de « *qui va être là à ce moment-là* » (I128-129). Concernant l'équipe du service, « *en leur donnant des consignes claires [...] ils peuvent faire* » (I147-148) des choses telles que « *préparer de l'adré* » (I105).

Il reconnaît l'IADE comme ayant des capacités relationnelles (« *ils nous parlent facilement* » I230) et comme une personne ressource, il s'adapte à toute situation (I109-110). Il a également un rôle de manager, il est « *le chef d'orchestre du bon déroulement de la prise en charge* » (I154-155), il « *essaie de leur trouver une mission à chacun [pour] que ça reste organisé* » (I156-157).

L'IADE 4 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *tous les bras sont utiles* » I86, « *le massage pour être efficace il faut se relayer donc [...] il faut être coordonné* » I78).

Pour que le travail en équipe soit efficace, il faut « *une bonne entente* » (I65), du « *dialogue* », « *rester calme* », et « *ne pas paniquer* » pour éviter de faire « *des erreurs* » (I72-73).

Cet IADE implique l'équipe du service pour l'aider dans la prise en charge (« *on n'est pas dans nos locaux donc quand on a besoin de quelque chose on demande ils sont disponibles* » I82-83).

Dans son équipe, « *chacun a son rôle* » (I77), « *c'est assez naturel* » (I63). Le médecin et l'IADE s'occupent de la ventilation et de la voie d'abord (« *ou le médecin ou l'infirmier anesthésiste se met à la tête* » I60, « *le médecin ou l'IADE prépare ce qu'il faut. Les drogues, la perfusion ...* » I61-62). L'ambulancier se met au MCE (« *souvent l'ambulancier fait le relais* » I60-61).

L'IADE 5 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *gérer un arrêt cardiaque seul c'est pas possible* » I131). Pour que le travail en équipe soit efficace, il faut un certain nombre de personnes (« *si [...] il y a trop de monde ça ne va pas être facile. Il va falloir virer le monde. S'il n'y a personne ça ne va pas être facile non plus. Parce qu'il va falloir appeler de l'aide* » I196).

Cet IADE implique l'équipe du service (« *j'essaie de leur montrer des choses ba tiens toi tu vas me faire ci toi tu vas me faire ça* » I264-265) pour deux raisons :

- Pour l'aider dans la prise en charge de l'ACR (« *pour qu'elles m'aident parce que à deux un arrêt cardiaque c'est pas possible* » I265-266) ;
- Pour les former (« *aussi pour qu'elles apprennent* » I266).

Dans son équipe, « *on ne discute pas beaucoup chacun à sa place chacun sait ce qu'il a à faire* ». Le médecin s'occupe du diagnostic et de la ventilation (« *l'interne fait le diagnostic* » I91-92, « *le médecin qui intube* » I94). L'IADE gère le matériel et la voie d'abord (« *je vais plutôt gérer le matériel la perf et les drogues* » I143 144) et fait le relais pour l'intubation si besoin.

Il reconnaît l'IADE comme ayant des capacités relationnelles (« *s'ils ont des questions je suis là* » I147). Il a également un rôle de manager (I99 à I101). Elle est là « *en relais* » (I144) si le médecin a des difficultés.

Les IDE :

L'IDE 1 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *j'étais toute seule comme infirmière [...] ça rend les choses encore plus compliquées face à ces situations d'urgence* » I206-207). Pour que le travail en équipe soit efficace, il faut un certain nombre de personnes (« *on était plusieurs de l'équipe à être autour [...] y a trop de monde au final [...] tout le monde ne participe pas réellement à la réanimation et du coup c'est compliqué de voir qui fait quoi autour* » I102-104). Il faut être organisé (I98) et garder son calme (« *le self contrôle* » I98).

Cette IDE explique qu'ils sont disponibles si l'équipe de réanimation spécialisée a besoin d'eux (« *s'ils ont besoin de nous bien sûr on est disponible on reste à leur côté pour leur apporter du matériel par exemple* » I245-246). Elle a été impliquée par l'équipe de SMUR (« *ils m'ont demandé de préparer [...] de l'adrénaline* » I116).

Pour elle, l'équipe d'urgence intra-hospitalière est « *pluridisciplinaire* » (I243), « *soudée* » et « *organisée* » (« *chacun à sa place dans la réanimation ils savent vraiment quand ils arrivent ce que chacun a à faire* » I259-260).

Lors de l'ACR, ils se sont répartis les tâches. Le chirurgien a fait le MCE (I110), une infirmière a posé la voie d'abord (I93), l'IDE 1 s'est occupée d'alerter l'équipe d'urgence intrahospitalière, de ramener le sac d'urgence et le DSA (I90, I94, I109).

Elle reconnaît des capacités relationnelles à l'IADE (« *l'IADE [...] m'a expliqué* » I118).

L'IDE 2 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *on était toute seule donc vraiment c'était une catastrophe* » I176-183). Travailler en équipe c'est « *se connaître dans une équipe* », « *tu n'as pas besoin de vérifier ce qu'il fait* » et « *tu n'as plus besoin [...] de parler* » (I218-220).

Cette IDE n'est pas toujours impliquée par l'équipe de SMUR (« *ils connaissent mieux leurs équipes [...] donc ils ne veulent pas nous impliquer* » I216-218, « *ils m'ont juste demandé une ampoule d'adré* » I100).

Pour être efficace en équipe, elle dit qu'il faut « *être serein* » et ne « *pas paniquer sinon on se disperse on sait plus où on en est* » (I118). Etant la plus expérimentée avant l'arrivée du SMUR, elle s'est positionnée comme manager (« *elles ont suivi mes consignes* » I153). Par conséquent, « *ça s'est fait naturellement.* » (I91).

Elle reconnaît l'IADE par ses capacités relationnelles (« *quand tu parles à l'infirmier anesthésiste [...] on se sent un peu utile* » I222-223).

Lors d'un ACR, ils effectuent collectivement des tâches (« *on a mis déjà la planche tous ensemble* » I84) puis ils se les répartissent (I85-88).

L'IDE 3 explique que dans la prise en charge d'un ACR pour être efficace, il faut « *être calme* » et ne « *pas paniquer sinon on part dans tous les sens* » (I90).

Cette IDE préfère être impliquée dans la réanimation dans le but de se former (« *je préfère être impliquée parce que c'est comme ça que tu te formes [...] c'est en faisant* » I101-102). L'IADE « *lui demandait d'aller chercher de la cordarone* » (I83-84). Mais, elle n'est pas toujours impliquée soit parce que l'équipe d'urgence ne le fait pas (« *d'autres quand elles arrivent [...] tu t'écartes* » I98-99), soit parce que sa charge de travail ne lui permet pas (« *on s'écarte assez vite car on a une charge de travail* » I85).

Lorsqu'elle prend en charge l'ACR, ils se répartissent les tâches. Les aides-soignantes font le MCE (I78). Une infirmière s'est occupée du chariot d'urgence (I77). Cette IDE « *fait ce qu'il restait à faire. C'est assez automatique* » (I76). Elle ajoute qu'elle orientait les membres de l'équipe sur les différentes tâches en attendant le SMUR (« *je disais à chacun quoi faire. J'essayais de les orienter* » I86). Pour elle, « *quand tu en as fait plusieurs [...] tu gères un peu les opérations* » I80. Elle reconnaît l'IADE comme ayant des capacités relationnelles (« *on peut discuter* » I111).

L'IDE 4 explique que dans la prise en charge d'un ACR, il est nécessaire de travailler en équipe car nous ne pouvons pas le gérer seul (« *on aurait été en nombre ça se serait mieux passé on aurait pu se répartir les choses à faire* » I109).

Elle explique que pour être efficace, il faut « *garder son sang-froid* » et gérer son « *stress* » (I97). Il faut également « *travailler avec une équipe de confiance* » (I181-182) et « *se connaître* » (I186). Cette IDE n'est pas toujours impliquée par l'équipe de réanimation spécialisée (« *le médecin du SMUR nous a écarté [...] car c'était plutôt une gêne qu'une aide* » (I79-82).

Elle ne précise pas comment ils se répartissent les tâches mais stipule que « *la cadre* » est venue les aider car « *elle a fait de la cardio USIC pendant 20 ans* » donc « *elle missionnait chaque personne* » (I91-93). Elle ajoute qu'avant l'arrivée de la cadre, c'est elle qui s'est chargée de

« distribuer les tâches à chacun » car « il faut quand même un leader », elle oriente ses collègues « grâce à [s]on expérience » (I204-208).

Elle reconnaît à l'IADE des capacités relationnelles (« l'IADE reste [...] pour discuter avec nous. » I167). Elle ajoute que « l'organisation c'est le maître mot » (I99) dans la prise en charge de l'ACR.

L'IDE 5 explique que dans le cadre de la prise en charge d'un ACR, pour être efficace, il faut avoir « du sang froid », « garder son calme », « ne pas paniquer[r] » sinon c'est désorganisé (« c'est le bazar » I77-78). Ils se répartissent les tâches (« les AS elles commencent à masser parce que nous on a d'autres choses à faire comme perfuser préparer l'adré. Ça elles peuvent pas le faire. Et puis après on s'aide pour le massage » I88-89). Elle précise qu'elle travaille avec « le même binôme », ils ont « fait plusieurs arrêts ensemble » donc elles n'ont « pas besoin de se parler » (« on sait qui fait quoi » I86-87).

Elle est impliquée par l'équipe d'urgence intra-hospitalière (« le SMUR [...] prend le relais [...] nous on prépare les drogues qu'ils nous demandent pendant que l'IADE lui il intube » I61-62). Elle essaie d'aider l'IADE qui est souvent seul (« nous on est plus là pour le soutenir pour lui apporter notre aide s'il a besoin. On lui prépare des choses s'il est occupé à intuber. [O]n l'aide à faire ce qu'il peut pas faire sur le moment » I117-119).

4.5.3. Analyse des résultats de l'enquête

Dans cette partie, nous présentons l'analyse croisée des résultats par population (IADE et IDE) en suivant la même logique thématique.

4.5.3.1. Démographie de la population source

Les questions 1, 2 et 4 nous permettent de présenter la population interviewée.

Les IADE :

Nous avons interrogé cinq IADE. Notre population se compose de quatre femmes (80%) et d'un homme (20%) (Cf. Figure 13. Répartition Homme-Femme de la population IADE).

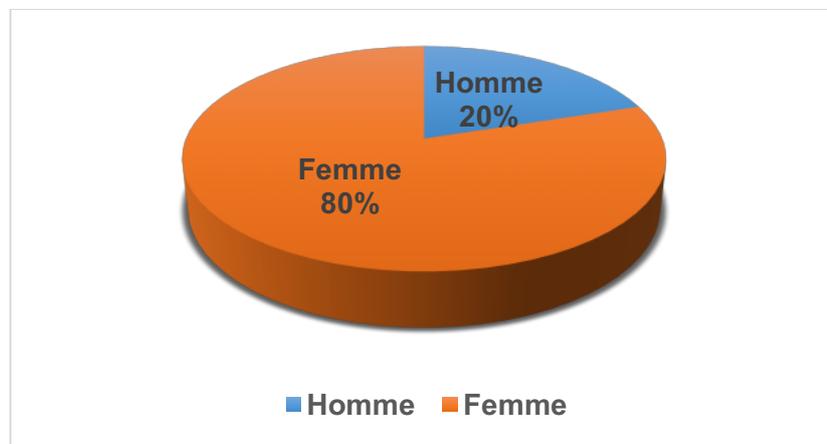


Figure 13. Répartition Homme-Femme de la population IADE

Ils sont âgés de 31 à 58 ans, avec une moyenne d'âge de 50 ans. Les IADE ont exercé en tant qu'infirmier entre 6 et 13 ans soit une expérience moyenne de 9,2 ans. Ils ont exercé en tant qu'IADE entre 2 et 26 ans soit une expérience moyenne de 18,8 ans. Selon Benner P., les IADE 1, 2, 4 et 5 sont considérés comme expert. L'IADE 3 est dit compétent. Nous voulions des IADE de compétent à expert. Bien que le choix des IADE s'est imposé par l'encadrement du service, ils répondent à notre critère d'inclusion. Notre population a un niveau de compétence élevé.

Dans notre population, les cinq IADE font partie de l'équipe d'urgence intrahospitalière. Cela répond à nos critères d'inclusion. Tous les IADE interviennent régulièrement sur les urgences intra-hospitalières voire au moins une fois par jour pour les IADE 2 (« *au moins une réanimation intrahospitalière par jour* » I59-60) et 4 (« *tous les jours en intra hospitalier* » I44). D'après trois IADE sur cinq leur intervention sur les ACIH est « [...] *vraiment aléatoire* » (IADE 5 : I48). Ces données permettent d'identifier l'expérience des infirmiers anesthésistes dans la prise en charge des arrêts cardiaques intra-hospitaliers et de faire le lien avec d'éventuelles différences de pratique.

Nous avons un IADE sur les cinq qui a une activité unique en service de réanimation contre quatre IADE qui ont une double activité : un au SMUR et réanimation, deux au SMUR et Bloc opératoire et un au SMUR et Urgences. D'après le SNIA²²⁰, les IADE qui exercent au SMUR ont principalement une double activité. Il s'agit souvent du service des urgences. Les quatre IADE enquêtés qui exercent au SMUR ont en effet une double activité mais seulement un IADE couple celle-ci avec le service des urgences (IADE 2). L'activité principale des IADE 3 et 4 est le bloc opératoire. Le seul IADE (IADE 5) qui a une activité unique exerce en réanimation. Il est le seul IADE de son service. Comme nous l'avons vu, les IADE qui exercent en réanimation ont majoritairement une fonction d'encadrement²²¹. Parmi les cinq IADE, deux d'entre eux ont une activité de secourisme : l'un est formateur au CESU et l'autre est Sapeur-Pompier volontaire.

Concernant les entretiens, ils ont bien été réalisés dans quatre établissements différents. Le critère multicentrique de l'étude a été respecté. Ils ont eu lieu à chaque fois sur le lieu de travail de l'IADE sans interruption particulière. Les entretiens des IADE ont duré entre 17 min et 10 s et 45 min et 35 s, soit 30 min en moyenne, ce qui était estimé au départ.

²²⁰ Faucon T. « Mieux connaître les IADE ». OXYMAG N° 63. Avril 2002.

²²¹ Ibid.

Les IDE :

Nous avons interrogé cinq IDE. Notre population se compose de cinq femmes (100%). (Cf. Figure 14. Répartition Homme-Femme de la population IDE).

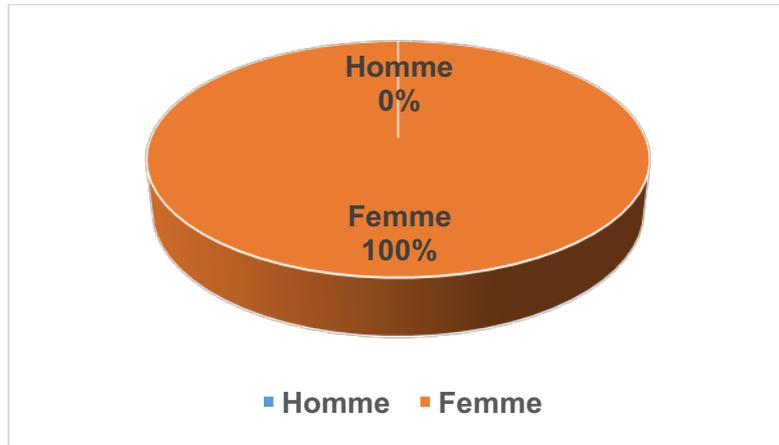


Figure 14. Répartition Homme-Femme de la population IDE

Elles sont âgées de 26 à 34 ans, avec une moyenne d'âge de 30,4 ans. Les IDE ont exercé en tant qu'infirmière entre 5 et 14 ans soit une expérience moyenne de 8,8 ans.

Selon Benner P., les cinq IDE sont reconnues comme experte. Nous voulions une plus grande diversité de compétences mais il est difficile d'identifier des IDE qui ont rencontré un ACR en service. Nous avons sélectionné les premiers volontaires.

Dans notre population, deux IDE sur les cinq ont eu moins de 5 ACIH et trois IDE en ont eu plus de 10, ce qui donne une moyenne de 8,2 ACIH. Nous sommes étonnés de l'importance de ces chiffres que ce soit en médecine, soit en chirurgie au vu de la faible incidence des ACIH identifiée dans la littérature. Ces données permettent d'identifier l'expérience des infirmiers dans la prise en charge des arrêts cardiaques en service et de faire le lien avec d'éventuelles différences de pratique.

Deux IDE ont eu un ACR dans leur service datant de moins de 12 mois contre trois, supérieur ou égal, à 12 mois ; ce qui donne une moyenne de 11,2 mois. Ces données nous permettront d'identifier l'intégrité des souvenirs de la situation d'ACR à distance et de faire le lien avec l'utilité ou non d'un débriefing à froid.

Concernant les entretiens, ils ont bien été réalisés dans quatre établissements différents. Le critère multicentrique de l'étude a été respecté. Ils n'ont pas toujours été réalisés sur le lieu de travail de l'IDE. Les entretiens des IDE ont duré entre 12 min et 36 s et 23 min et 23 s, soit 18,6 min en moyenne, ce qui est moins que le temps estimé au départ.

4.5.3.2. La formation in situ

Les IADE :

L'AFGSU 2 est une formation obligatoire pour le corps infirmier. Cependant, aucun des infirmiers anesthésistes interrogés n'ont été formés à l'AFGSU 2. Il n'y a pas de disparité entre les quatre centres investigués. Pourtant, deux IADE (IADE 3 et 5) ont réclamé plusieurs fois la formation. Ces deux IADE nous rapportent qu'ils ne sont pas prioritaires (« *je ne suis pas prioritaire* » I29 et I25). L'IADE 5 précise que la formation lui a été refusée en raison de sa spécialisation (« *refusé car j'ai fait l'école d'IADE* » I25). De plus, l'ensemble des IADE ont eu peu de formations institutionnelles dans le cadre de l'urgence. Deux IADE n'ont eu aucune formation depuis leur diplôme contre trois IADE qui en ont eu deux seulement. Par conséquent, la formation IADE apparaîtrait comme suffisante pour prendre en charge les ACR. En effet, tous les IADE mettent en avant que leur formation d'infirmier anesthésiste les a formés à l'ACR, leur a apporté des savoirs et de la technique. L'IADE 4 affirme même que la formation est suffisante (« *suffisante j'ose espérer* » I33). Cependant, l'ensemble des IADE s'accordent à dire qu'ils apprennent principalement par l'expérience, directement sur le terrain. Même si leur formation est complète, ils continuent de se former individuellement (IADE 1, 2 et 5) ou collectivement en échangeant en équipe, avec le corps médical (« *c'est nous qui cherchons les informations et qui prenons contact avec les réanimateurs. C'est par le dialogue en fait* », I59-60). Cette attitude nous renvoie à l'étroite collaboration qui existe entre l'IADE et le MAR.

Quatre IADE ont constaté que la RCP n'est pas toujours commencée par le personnel des services et l'IADE 2 précise qu'ils ne connaissent pas leur propre chariot d'urgence. Cependant, elle remarque une amélioration depuis la mise en place de l'AFGSU 2, « *on a quand même vu une nette amélioration* » (I139). Tous les IADE remarquent que les professionnels des services ont besoin de formation. Certains précisent qu'« *il faudrait que l'IADE apporte de la formation aux équipes de service* » (I138). L'IADE 2 a remarqué des problèmes liés la méconnaissance du chariot d'urgence dans plusieurs services. Pour répondre à ce problème, elle a mis en place une formation de 4 heures sur le chariot d'urgence à l'aide de mises en situation.

Les IDE :

Les cinq infirmières ont obtenu l'AFGSU 2. Même si elles disposent toutes de la formation obligatoire aux gestes d'urgence, quatre infirmières n'ont pas eu la journée de réactualisation dans les temps (au bout de 4 ans) et une ne l'a pas eu du tout.

Sur les cinq IDE, quatre infirmières connaissent les étapes de la procédure en cas d'ACIH. Une infirmière (IDE 4) n'a pas cité le DSA soit par oubli (liée au limite de l'entretien semi-directif) soit par méconnaissance. Toutes les infirmières connaissent le numéro unique d'appel de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Les cinq IDE identifient le nombre exact des personnes qui

composent cette équipe. Cependant, seules deux infirmières (IDE 3 et 4) identifient les fonctions de tous les membres de l'équipe. Les trois autres IDE ne connaissent pas la fonction de l'ambulancier (« *brancardier* » pour l'IDE 5, « *aide-soignant* » pour l'IDE 2, non identifié par l'IDE 1). L'IADE est, quant à lui, reconnu mais plus difficilement pour l'IDE 1. C'est peut-être lié au fait qu'elle n'a eu qu'un seul ACR dans son service.

Dans l'ensemble, les infirmières connaissent la procédure en cas d'ACIH. Pourtant, elles s'accordent toutes à dire que leur formation à la prise en charge des ACR est actuellement insuffisante et devrait être réactualisée « *tous les ans* » (IDE 5, I33). L'IDE 3 explique qu'il est impératif « *que tout le monde ait sa formation.* » (I172). L'IDE 3 précise que la pratique lui manque particulièrement. Les IDE 4 et 5 expliquent qu'elles apprennent par l'expérience (« *on apprend sur le tas* » (IDE 4, I22) et « *c'est quand on en a fait plusieurs qu'on arrive à gérer [...] mieux* » (I31-32) ». Pour répondre à ce manque de pratique, les IDE 1 et 2 expriment le besoin de « *faire (la formation) sur des genres de situations réelles* », de « *faire avec des mannequins* » et « *d'en avoir en service* » (IDE 2 : I250), et que ça permettrait de « *mieux s'organiser* » (IDE 1 : I57). Les IDE 2, 3 et 5 ont déjà participé à des exercices de type simulation, mise en situation. Elles rapportent en effet que « *ça permet à chacun de trouver sa place* » (IDE 5 : I144) et « *quand tu t'entraînes au moins tu vois ce qu'il manque* » (IDE 5 : I131-133).

Quatre infirmières (IDE 1, 2, 3, 4) déclarent que l'IADE a un rôle de formation auprès d'eux. En effet, toutes les infirmières considèrent l'IADE comme une personne ressource (IDE 1 : « *l'IADE [...] m'a expliqué* » I118) et comme un expert en urgence-réanimation (« *ils sont plus habilités* » IDE 4 : I197, « *c'est lui qui [sait] quoi faire dans la réanimation* » (IDE 3 : I133-134), « *il fait des choses qu'on ne peut pas faire* » (IDE 5 : I114), « *ils ont plus de compétences que nous [...] Il a beaucoup plus de qualités et de compétences que nous on a. Il a fait les études pour* » (IDE 5 : I115-116). L'IDE 5 a déjà fait des exercices de simulation avec un membre de l'équipe du SMUR. L'IDE 3 a eu une formation par une IADE sur le chariot d'urgence, à type de mise en situation.

4.5.3.3. Le débriefing

Les IADE :

L'ensemble des IADE a rencontré des difficultés lors de la prise en charge d'un ACIH. Il s'agit le plus souvent d'un manque de connaissances et de pratique chez les professionnels du service (« *le manque de connaissances [...] pas de manœuvres de réa de mises en place* » IADE 3 - I165-166) ou des problèmes d'organisation (« *y avait beaucoup de monde et qui ne servait à rien* » IADE 5 -I158) ou de communication entre les deux équipes (« *c'était vraiment un manque d'information et de relation avec l'autre équipe, l'équipe du service* » IADE 1 - I196-197).

Tous les IADE font preuve de réflexivité, à des niveaux différents. Il est cependant difficile d'identifier ces niveaux car, du fait de leur expérience, ils ont moins de facilités pour décrire des situations difficiles précises. Ils ont tendance à lister les problèmes généraux qu'ils rencontrent. D'une manière générale, les IADE annoncent qu'ils prennent du recul pour comprendre et analyser leurs difficultés.

Finalement, tous les IADE qui ont une activité SMUR admettent qu'ils ne se posent pas de questions avant la prise en charge de l'ACIH (« *avant on ne se pose pas vraiment de question on sait ce qu'on a à faire* » IADE 4 - I99). En effet, trois IADE (IADE 1, 2 et 3) sur les quatre qui font du SMUR précisent que les difficultés rencontrées en intra-hospitalier sont moindres qu'en extrahospitalier (« *on a très souvent de meilleures conditions que quand on fait en extérieur en SMUR* » IADE 1 - I188-189). Ils savent qu'ils ont des ressources matérielles et humaines en cas de besoin. Pendant la RCP, les IADE font abstraction du stress et prennent en charge le patient (« *pendant la réanimation [...] on a [...] des schémas décisionnels c'est-à-dire que je sais que ce je vais avoir à faire* » IADE 1- I251).

Tous les IADE approuvent que c'est surtout après que c'est difficile (« *là où c'est vraiment plus difficile c'est après* » IADE 4 - I100) et qu'il faut réfléchir à la situation (« *en post intervention c'est là ou finalement on est amené le plus à réfléchir* » IADE 1 - I257-258). Pour répondre à ça, les cinq IADE pratiquent du débriefing (« *on se fait nos débriefings entre nous* » IADE 2 - I200-201). C'est un temps informel (« *il n'y a pas de temps formalisé c'est entre nous* » I207, « *en rangeant le matériel* » IADE 3 - I209-210).

Quatre IADE sur les cinq (IADE 2,3,4 et 5) discutent avec les équipes du service après un ACIH (« *on essaie au maximum de trouver le temps pour discuter de la situation avec eux* » IADE 4 - I107) « *pour discuter de l'organisation* » (IADE 3 – I179). Ils font « *une sorte de débriefing sur ce qui n'a pas été, pour voir ce qui est à améliorer et aussi pour les encourager* » (IADE 3 – I18-182). Ces débriefings sont faits « *à chaud* » « *tout de suite* » « *en post intervention* » (IADE 3 – I180-182). Tous les IADE confirment que, de prendre du recul et de discuter en équipe améliore leurs pratiques (« *le fait d'y réfléchir en équipe ça améliore nos pratiques* » IADE 2 - I209-211).

Les IDE :

L'ensemble des IDE ont rencontré des difficultés lors de la prise en charge d'un ACIH. Il s'agit le plus souvent d'un manque de connaissances et de pratique de leur part (« *le manque de connaissances [...] pas de manœuvres de réa de mise en place* » IADE 3 - I165-166) ou des problèmes d'organisation (« *on a des problèmes d'organisation* » IDE 4 - I103) ou de communication entre les deux équipes (pas de retour sur ce qui est fait).

Tous les IDE essaient de prendre de la distance pour identifier leurs difficultés et trouver des solutions en équipe pour y répondre. Ceux sont finalement les IDE 1 et 2, qui ont eu moins de 5 ACR dans leur service, qui conceptualisent plus facilement les situations qu'elles ont vécu. Nous

pensons qu'elles sont peut-être plus marquées par ces événements que si elles en rencontraient plus souvent. Le dernier ACR vécu par les IDE date en moyenne d'il y a 11,2 mois. L'IDE 1 a vécu son ACR il y a 18 mois et l'IDE 3 il y a deux mois, pourtant elles sont toutes autant capables de décrire la situation dans le détail. Finalement, lorsque l'ACR est récent il est facile de rapporter les faits. Mais, il l'est également à distance lorsqu'elle a été marquante ou isolée.

Finalement, tous les IDE qui ont vécu de nombreux ACR (IDE 3, 4 et 5 – plus de 10 ACR) s'accordent à dire qu'elles ne se posent pas de questions pendant la réanimation (« *j'ai pas forcément de réflexion je sais ce qu'il y a faire* » IDE 5 - I92-93). Toutes les infirmières stipulent que c'est surtout après que c'est difficile (« *mais surtout après* » IDE 2 – I162) et qu'il faut réfléchir à la situation et en discuter en équipe (« *après les personnes avec qui on a pratiqué [...] ça on n'y a pas pensé on aurait dû faire comme ça [...] ça nous aide* » I97-99). Les IDE 3 et 4 utilisent le terme de débriefing (« *un petit débrief* » IDE 3 - I123, « *on fait des débriefings en équipe* » IDE 4 - I120). En dehors de l'IDE 4, ce sont des temps informels.

Les IDE montrent que d'échanger en équipe, que faire du débriefing ça apporte trois choses :

- Améliorer les pratiques de l'équipe (« *ça améliore nos pratiques* » IDE 3 - I130) ;
- Evacuer le stress (« *ça permet d'évacuer le stress* » IDE 3 - I148) ;
- Renforcer la cohésion de l'équipe (« *ça soude une équipe* » IDE 4 - I181-182).

L'IDE 5 différencie deux sortes d'échange, un échange plutôt technique qui incomberait au SMUR (« *le SMUR on peut plus parler de ce qui a été ou non que de parler de nos émotions* » I103-104) et un échange plutôt psychologique qui concernerait leur propre équipe (« *pour de l'affect je discute avec ma collègue* » I106).

4.5.3.4. Les compétences collectives

Les IADE :

Tous les IADE s'accordent à dire qu'il est indispensable de travailler en équipe dans la prise en charge de l'ACR car « *gérer un arrêt cardiaque seul c'est pas possible* » (IADE 5 - I131). Le travail en équipe permet d'améliorer le pronostic du patient. En effet, « *plus vite le patient sera conditionné plus vite on aura de chance de le récupérer. En ça c'est un travail en équipe* » (IADE 1 - I131-132). Pour l'ensemble des IADE, la répartition du travail se fait en fonction des compétences de chacun.

Quatre IADE (IADE 2,3,4 et 5) impliquent à chaque fois l'équipe du service. L'IADE 1 les implique un peu moins. Ils impliquent le service pour différentes raisons :

- Pour avoir une aide supplémentaire (IADE 1, 3, 4 et 5) ;
- Pour les former (IADE 2, 3 et 5)
- Pour évacuer leur stress (IADE 3).

Pour les IADE travailler en équipe, « *c'est réussir à faire l'action ensemble dans un but commun* » (IADE 3 - I137) en répartissant les tâches (« *une mission à chacun selon ses cordes* » IADE 3 - I157 à 159). L'équipe de réanimation spécialisée est une équipe formelle qui a l'habitude de travailler ensemble (« *on n'a même pas besoin de se parler chacun sait sa place* » IADE 1 - I144-145). Le calme (IADE 1,2 et 3) et la communication (IADE 1, 3 et 4) sont les qualités indispensables au travail en équipe en situation d'urgence.

Les IADE se reconnaissent des capacités relationnelles (IADE 1, 2, 3 et 5) et se positionnent comme manager (IADE 1, 3 et 5) dans la réanimation cardiaque du patient entre les deux équipes. Ils sont des personnes ressources (relais, polyvalence, adaptabilité).

Les IDE :

Les IDE 1,2 et 4 s'accordent à dire qu'il est indispensable de travailler en équipe dans la prise en charge de l'ACR car « *on aurait été en nombre ça se serait mieux passé on aurait pu se répartir les choses à faire* » IDE 4 - 109). Les cinq IDE rapportent qu'il faut être calme lors de la réanimation au risque d'être désorganisé.

Pour l'ensemble des IDE, la répartition du travail se fait en fonction des compétences de chacun (« *les AS elles commencent à masser parce que nous on a d'autres choses à faire comme perfuser préparer l'adré. Ça elles peuvent pas le faire* » IDE 5 - I88-89).

Toutes les infirmières ont été impliquées par l'équipe de SMUR et notamment l'IADE dans les réanimations (« *ils m'ont demandé de préparer [...] de l'adrénaline* » IDE 1 - I116). L'IDE 2 précise que ça leur permet de se former (« *je préfère être impliquée parce que c'est comme ça que tu te formes [...] c'est en faisant* » IDE 3 - I101-102) et de se sentir utile (« *on se sent un peu utile* » IDE 2 - I222-223).

Cependant, elles ne sont pas impliquées à chaque fois (IDE 1,2,3 et 4), soit parce que c'est une demande de l'équipe de réanimation spécialisée (« *le médecin du SMUR nous a écarté [...] car c'était plutôt une gêne qu'une aide* » IDE 4 - I79-82), soit à cause de la charge de travail (« *on s'écarte assez vite car on a une charge de travail* » IDE 3 - I85). De plus, elles ne veulent pas toujours être impliquées (« *parfois [...] j'attends juste qu'ils prennent le relais [...] c'est un vrai soulagement quand ils arrivent aussi* » IDE 2 - I227-228).

Les IDE 1,2,3 et 4 reconnaissent des capacités relationnelles à l'IADE (« *l'IADE reste [...] pour discuter avec nous.* » IDE 4- I167).

4.5.4. Synthèse des résultats de l'enquête et discussion

Dans cette partie, nous présentons la synthèse et la discussion des résultats de l'enquête et la validation ou non des hypothèses de ce travail de recherche.

Les cinq établissements ont mis en place une équipe dédiée à l'urgence intra-hospitalière comme le recommandent les sociétés savantes, ainsi que la présence d'un sac ou d'un chariot d'urgence et l'existence d'un numéro d'appel unique, dédiées à la prise en charge de ces urgences. Les trois CH ont une procédure unique contre deux procédures différentes pour le CHU pour des raisons géographiques et organisationnelles. Une de ces équipes se compose de deux personnes, elle est postée en service de réanimation ; alors que toutes les autres se constituent de trois personnes, qui sont postées au SMUR.

Tous les IADE ainsi que les IDE 1,2 et 4 s'accordent à dire qu'il est indispensable de travailler en équipe dans la prise en charge de l'ACR car « *gérer un arrêt cardiaque seul [ce n'] est pas possible* » (IADE 5 - I131). Il est nécessaire d'être en nombre suffisant (si « *on aurait été en nombre ça se serait mieux passé on aurait pu se répartir les choses à faire* » IDE 4 - 109). Le travail en équipe permet d'améliorer le pronostic du patient. En effet, « *plus vite le patient sera conditionné plus vite on aura de chance de le récupérer. En ça c'est un travail en équipe* » (IADE 1 - I131-132). Mais il ne faut pas être trop nombreux. Il faut donc un juste milieu car « *si [...] il y a trop de monde ça ne va pas être facile* », « *il va falloir virer du monde* » et « *s'il n'y a personne ça ne va pas être facile non plus* », « *il va falloir appeler de l'aide.* » (IADE 5 - I196).

Ils ajoutent que le calme (IADE 1,2 et 3) (IDE 1,2,3,4 et 5) et la communication (IADE 1, 3 et 4) sont les qualités indispensables au travail en équipe en situation d'urgence. Il est vrai que nos recherches théoriques nous ont amené à travailler le concept de communication. Nous aurions pu investiguer sur le fait que la communication paraît être un moyen d'émergence des compétences collectives. De plus, les professionnels reconnaissent des capacités relationnelles à l'IADE. Certains disent qu'il est le « *fusible* » (IADE 1 : I440) et le « *chef d'orchestre* » (IADE 3 : I155) des équipes. L'IADE fait le lien entre les deux équipes.

Pour les professionnels interrogés, travailler en équipe « *c'est [donc] réussir à faire l'action ensemble dans un but commun* » (IADE 3 - I137). Pour se faire, il faut répartir les tâches en fonction des compétences de chacun (« *une mission à chacun selon ses cordes* » IADE 3 - I157 à 159 ; « *les AS elles commencent à masser parce que nous on a d'autres choses à faire comme perfuser [...]. Ça elles [ne] peuvent pas le faire* » IDE 5 - I88-89). Ainsi, leurs définitions se rapprochent de celle de Le Boterf G. Ils ont conscience de l'importance de la compétence collective dans la prise en charge de l'ACR.

L'équipe de réanimation spécialisée est une équipe formelle qui a l'habitude de travailler ensemble (« *on n'a même pas besoin de se parler chacun sait sa place* » IADE 1 - I144-145) alors que les IDE n'ont pas toutes l'habitude de travailler ensemble en dehors de l'IDE 5 qui a le « *même binôme* » (I86). Pourtant les IDE 2,3,4 et 5 expriment que la répartition des tâches s'est faite également naturellement (« *ça s'est fait naturellement* » IDE 2 - I91). Ces quatre infirmières ont rencontré plusieurs ACR, entre 5 et 15 dans leur service. Nous pouvons supposer que c'est

lié à leur expérience. En effet, les IDE 3 et 4 expliquent qu'elles orientaient les membres de l'équipe sur les différentes tâches en attendant l'arrivée du SMUR (« *je disais à chacun quoi faire. J'essayais de les orienter* » IDE 3 - I86 ; « *distribuer les tâches à chacun* » IDE 4 – I204) et que c'est « *grâce à leur expérience* » (IDE 4 – I208). En effet, « *quand tu en as fait plusieurs [...] tu gères un peu les opérations* » (IDE 3 - I80). Ces citations nous renvoient également au concept de management. Les IADE 1, 3 et 5 et les IDE qui ont vécu plus de 10 ACR rapportent qu'ils se positionnent comme manager dans la réanimation cardiaque du patient. Les IDE organisent la prise en charge au sein de leur équipe. Quant aux IADE, ils n'assurent pas seulement un management interne à leur équipe mais également entre ces deux équipes. Il aurait été finalement possible d'explorer notre troisième hypothèse qui est la suivante : « *Le management technique par l'IADE permet une synergie des moyens au profit du collectif pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire* ».

Quatre IADE (IADE 2,3,4 et 5) impliquent à chaque fois l'équipe du service. L'IADE 1 les implique un peu moins. En parallèle, toutes les infirmières rapportent qu'elles ont déjà été impliquées par l'équipe de SMUR et notamment par l'IADE dans les réanimations (« *ils m'ont demandé de préparer [...] de l'adrénaline* » IDE 1 - I116).

Les IADE impliquent les professionnels du service pour différentes raisons :

- Pour avoir une aide supplémentaire (IADE 1, 3, 4 et 5) ;
- Pour les former (IADE 2, 3 et 5) ;
- Pour évacuer leur stress (IADE 3).

Quant aux infirmières, l'IDE 3 précise que cela leur permet en effet de se former (« *je préfère être impliquée parce que c'est comme ça que tu te formes [...] c'est en faisant* » I101-102) et de se sentir utile (« *on se sent un peu utile* » IDE 2 - I222-223).

Cependant, elles ne sont pas impliquées à chaque fois (IDE 1,2,3 et 4) soit parce que c'est une demande de l'équipe de réanimation spécialisée (« *le médecin du SMUR nous a écarté [...] car c'était plutôt une gêne qu'une aide* » IDE 4 - I79-82), soit à cause de la charge de travail (« *on s'écarte assez vite car on a une charge de travail* » IDE 3 - I85). L'IDE 5 est impliquée à chaque fois, ce qui s'explique par le fait que l'IADE est souvent seule pour intervenir sur les arrêts dans ce CH.

De plus, les infirmières ne veulent pas toujours être impliquées (« *parfois [...] j'attends juste qu'ils prennent le relais [...] c'est un vrai soulagement quand ils arrivent aussi* » IDE 2 - I227-228). Les IADE rapportent que les professionnels des services sont « *plutôt demandeurs* » (IADE 3 - I153-154) mais que certains « *s'effacent* » à cause d'un « *manque d'expérience* » (IADE 3 - I153).

L'ensemble des IDE interrogées connaît la procédure de prise en charge de l'ACIH, pourtant la majorité des IADE constate un retard de prise en charge de la part des équipes de

service. Même si une IADE (IADE 2) précise qu'il y a une amélioration des pratiques depuis la mise en place de l'AFGSU 2, la RCP n'est pas toujours commencée. Or, toutes les infirmières interrogées ont obtenu l'AFGSU 2. Nous nous demandons si c'est dû au fait que la formation n'est pas renouvelée comme prévue tous les 4 ans. En effet, les IDE ressentent le besoin d'avoir une formation à l'ACR tous les ans. Ou s'il s'agit de difficultés de mise en application comme le souligne l'IDE 3 (« *c'est la pratique qui manque* » I35).

En effet, tous les IADE et les IDE 3,4 et 5 insistent sur le fait qu'ils apprennent par l'expérience (« [...] *c'est plus de l'apprentissage sur le terrain qu'à l'école* » IADE 1 : I44, « *c'est plus mon expérience qui m'aide que ce que j'ai appris à l'AFGSU* » IDE 5 : I30-31).

Les cinq IADE ont en dehors d'une formation spécifique à l'urgence-réanimation une expérience dans la prise en charge des ACR. Ils en font fréquemment, ils font « *au moins une réanimation intrahospitalière par jour* » (IADE 2 : I59-60). Les IDE 3,4 et 5 ont prise en charge plus de 10 ACR. Nous constatons que le meilleur apprentissage se fait par l'expérience. En effet, l'expérience améliore les compétences individuelles et le travail en équipe. C'est ce qu'avait rapporté Kayser et al.²²², la formation et l'expérience dans la RCP améliore la survie du patient.

Tous les professionnels interviewés ont cité la formation comme moyen d'améliorer la prise en charge de l'ACR.

Les cinq infirmiers ont donc obtenu l'AFGSU 2 mais n'ont pas eu la journée de réactualisation tous les 4 ans. Aucun des IADE ne disposent de l'AFGSU 2. Nous constatons qu'il est difficile de former l'ensemble des professionnels paramédicaux à l'AFGSU 2. De surcroît, au lieu de n'avoir qu'une seule journée de formation, les IDE qui n'ont pas été réactualisées dans les temps ont refait l'intégralité de la formation. C'est finalement une perte de temps pour les autres professionnels à former et une perte d'argent.

Concernant les IADE, ils n'ont pas accès à l'AFGSU 2 car ils ne sont pas prioritaires. Leur formation paraît suffisante. Les IDE le considère comme une personne ressource et un expert en urgence réanimation. Elles attendent de l'infirmier anesthésiste de la formation à l'urgence-réanimation. Nous rappelons que « *son expertise lui permet également d'intervenir en tant que personne ressource ou formateur* »²²³. Les IDE interrogées confirment la nécessité de ce rôle.

L'ensemble des professionnels ont rencontré des difficultés lors de la prise en charge de l'ACIH. Il s'agit le plus souvent d'un manque de connaissances et de pratique chez les professionnels du service (« *le manque de connaissances [...] pas de manœuvres de réa de mise*

²²²Kayser R.G. et al. In Ornato JP, Peberdy MA, Reid RD, et al. « Impact of Resuscitation System Errors on Survival from In-Hospital Cardiac Arrest ». *Resuscitation* 2012 83 : 63-69.

²²³Annexe I de l'arrêté du 23 juillet 2012 sur http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/ste_20120007_0100_0024.pdf consulté le 6 janvier 2018.

en place » IADE 3 - I165-166) ou des problèmes d'organisation (« *y avait beaucoup de monde et qui ne servait à rien* » IADE 5 - I158 ; « *on a des problèmes d'organisation* » IDE 4 - I103) ou de communication entre les deux équipes (« *c'était vraiment un manque d'information et de relation avec l'autre équipe, l'équipe du service* » IADE 1 - I196-197).

Tous les interrogés rapportent que c'est surtout difficile après la situation d'ACR (« *là où c'est vraiment plus difficile c'est après* » IADE 4 - I100 ; « *mais surtout après* » IDE 2 – I162).

Face à ces difficultés, l'ensemble des professionnels (IADE et IDE) s'accordent à dire qu'il est indispensable de réfléchir après une situation d'ACR (« *en post intervention c'est là ou finalement on est amené le plus à réfléchir* » IADE 1 - I257-258) et d'analyser les actions qui ont été faites en équipe (« *après les personnes avec qui on a pratiqué [...] ça on n'y a pas pensé on aurait dû faire comme ça [...] ça nous aide* » I97-99). .

Pour répondre à ça, les cinq IADE pratiquent du débriefing (« *on se fait nos débriefings entre nous* » IADE 2 - I200-201). Les IDE 3 et 4 utilisent également le terme de débriefing (« *un petit débrief* » IDE 3 - I123, « *on fait des débriefings en équipe* » IDE 4 - I120), les autres parlent d'échange en équipe ou de groupe de parole (IDE 1).

Le débriefing permet d'identifier ce qui a été ou n'a pas été (« *débriefing sur ce qui n'a pas été, pour voir ce qui est à améliorer et aussi pour les encourager* » IADE 3 – I18-182). Dans la littérature, nous parlons de débriefing technique.

Il sert aussi à dédramatiser ou à évacuer le stress. Nous avons vu dans le cadre théorique que le débriefing technique permet aussi d'évacuer les émotions. Une seule IADE rapporte qu'elle utilise le débriefing à cet effet (IADE 3).

En effet, le débriefing orienté sur l'émotionnel relèverait d'un échange entre les membres d'une même équipe et ne concernerait pas l'équipe du SMUR (« *pour de l'affect je discute avec ma collègue* » IDE 5 - I106). Dans la littérature, nous avons vu qu'il est nécessaire de faire le débriefing psychologique par un psychologue ou une personne formée extérieure à la situation vécue. Alors que, le débriefing technique incomberait à l'équipe de SMUR (« *le SMUR on peut plus parler de ce qui a été ou non que de parler de nos émotions* » IDE 5 - I103-104).

Nous retenons que faire du débriefing ça apporte trois choses :

- Améliorer les pratiques de l'équipe (« *ça améliore nos pratiques* » IDE 3 - I130) ;
- Evacuer en partie le stress (« *ça permet d'évacuer le stress* » IDE 3 - I148) ;
- Renforcer la cohésion de l'équipe (« *ça soude une équipe* » IDE 4 - I181-182).

Tous les IADE confirment que prendre du recul et de discuter en équipe améliore leurs pratiques (« *le fait d'y réfléchir en équipe ça améliore nos pratiques.* » IADE 2 - I209-211). Toutes les IDE essaient également de prendre de la distance pour identifier leurs difficultés et trouver des solutions en équipe.

Avant de réaliser cette enquête, nous pensions que le débriefing, même s'il est recommandé, n'était pas utilisé à la suite d'une situation d'urgence. Pour pouvoir explorer notre hypothèse, les indicateurs du débriefing étaient la communication en équipe et la réflexivité. Finalement, la majorité des professionnels utilisent ou souhaiteraient faire du débriefing. En dehors de l'IDE 4, ce sont des temps informels (*« il n'y a pas de temps formalisé c'est entre nous » I207, « en rangeant le matériel » IADE 3 - I209-210*).

Quatre IADE sur les cinq (IADE 2,3,4 et 5) discutent avec les équipes du service après un ACIH (*« on essaie au maximum de trouver le temps pour discuter de la situation avec eux » IADE 4 - I107, « pour discuter de l'organisation » IADE 3 – I179*).

D'après eux, il paraît important que le débriefing soit réalisé immédiatement après la survenue de l'ACR (*« à chaud » « tout de suite » « en post intervention » IADE 3 - I180-182*) ou dans la journée pour que ce soit plus efficace (*« ça dépend quand on le fait. Quand c'est après coup ça va on se souvient bien de ce qu'on a fait mais quand c'est longtemps après c'est plus difficile » IDE 4 - I139-140*).

Se pose maintenant la question de la place de l'IADE dans la prise en charge de l'ACR, avec ces deux équipes.

Tout d'abord, les IADE sont reconnus comme des experts en urgence et réanimation, comme le stipule leur référentiel de formation, par les établissements de santé (pas prioritaires à l'AFGSU 2) et par les IDE interrogées. Ils sont des personnes ressources (relais, polyvalence, adaptabilité). Ensuite, les IADE se reconnaissent des capacités relationnelles (IADE 1, 2, 3 et 5) et se positionnent comme manager (IADE 1, 3 et 5) dans la réanimation cardiaque du patient entre les deux équipes. Ceci est confirmé par les IDE 1,2,3 et 4. Elles reconnaissent en effet des capacités relationnelles à l'IADE (*« l'IADE reste [...] pour discuter avec nous. » IDE 4- I167*).

De surcroît, cette enquête révèle que c'est à chaque l'IADE qui prend l'initiative d'impliquer les IDE du service. L'IADE nous paraît ainsi le mieux placé pour favoriser une prise en charge d'équipe.

4.5.5. Vérification des hypothèses

Grâce à cette analyse des résultats, nous pouvons procéder à la vérification de nos hypothèses de recherche. Ces hypothèses sont en réalité partiellement validées, dans le sens où, l'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de population restreint. Certes, le caractère qualitatif ne peut aboutir à des réponses vérifiées par l'ensemble des IADE et des IDE. Mais, elle nous amène des notions qui nous permettent de nous conforter quant à la place de l'IADE au cœur des équipes qui interviennent dans la prise en charge de l'urgence vitale, et l'intérêt de mettre en place de la formation in situ et de faire du débriefing.

Hypothèse 1 : « La formation in situ des professionnels de l'équipe de service par l'IADE contribue au développement des compétences collectives pour assurer une prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire de qualité ».

Cette hypothèse est confirmée :

Face à un ACIH, les professionnels de santé des services doivent gérer une situation rare et imprévisible en réalisant la réanimation cardio-pulmonaire le plus précocement possible en attendant le relais de l'équipe d'urgence intra-hospitalière. Cependant, malgré l'AFGSU 2, ils ne réalisent pas toujours la RCP ce qui impacte directement la suite de la prise en charge et la survie du patient. Tous les professionnels interrogés affirment que la formation permet d'améliorer la prise en charge de l'ACR, et plus précisément la formation par l'expérience que ce soit pendant leur implication dans la prise en charge ou à type de mise en situation dans le service. Les résultats montrent l'intérêt de l'apprentissage expérientiel pour maintenir et développer les compétences individuelles et collectives.

Cette enquête nous confirme également l'expertise de l'IADE en urgence-réanimation, ce qui fait de lui une personne ressource et un formateur auprès des professionnels de santé. L'ensemble des infirmières lui attribue ce rôle.

Hypothèse 2 : « La mise en place d'un débriefing par l'IADE contribue à l'émergence des compétences collectives pour rendre la prise en charge de l'ACR optimum ».

Cette hypothèse est confirmée :

Tous les professionnels indiquent qu'il est primordial, face à des difficultés de prise en charge, de réfléchir après la situation vécue (« *en post intervention c'est là ou finalement on est amené le plus à réfléchir* » IADE 1 - I257-258) et d'analyser les actions qui ont été faites en équipe. Tous les IADE et certains IDE utilisent le débriefing comme outil d'amélioration des pratiques (« *on se fait nos débriefings entre nous* » IADE 2 - I200-201 ; « *ça améliore nos pratiques* » IDE 3 - I130 et IADE 2 - I209-211) et du travail en équipe (« *ça soude une équipe* » IDE 4 - I181-182). Les infirmières rapportent que le débriefing technique incomberait à l'équipe de SMUR (« *le SMUR on peut plus parler de ce qui a été ou non* » IDE 5 - I103-104) et notamment à l'IADE grâce à ses capacités relationnelles (« *l'IADE reste [...] pour discuter avec nous.* » IDE 4- I167) et son expertise en urgence-réanimation car « *c'est lui qui [sait] quoi faire dans la réanimation* » (IDE 3 : I133-134).

Nos hypothèses étant validées, nous nous sommes interrogées sur différents projets professionnels pour répondre à ces constats : la mise en place de séances de simulation in situ et de débriefing.

5. CINQUIEME PARTIE : PROJET PROFESSIONNEL

L'enquête de ce travail de recherche a fait ressortir un certain nombre de problèmes. Dans un souci d'amélioration des pratiques professionnelles, nous proposons la mise en place de séances de simulation in situ et de débriefing.

5.1. La simulation in situ

5.1.1. Mise en place du projet

L'intérêt du projet

La simulation consiste à mettre en situation les professionnels de santé dans la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire. La simulation est une technique pédagogique qui permet d'atteindre un degré de réalisme maximal d'une situation professionnelle sans mettre en danger le patient. L'avantage de l'in-situ est qu'elle se réalise au sein même de l'unité de soins avec les conditions humaines, matérielles et organisationnelles de celle-ci. Ainsi, elle prépare les professionnels du service aux imprévus propres à leur environnement de travail. Le fait d'immerger l'équipe dans son propre environnement permettra d'évaluer leur niveau d'efficacité réel afin de répondre spécifiquement à leurs besoins. La simulation in situ « *mobile* » est proche du réalisme tant sur les niveaux techniques et organisationnels que sur le niveau émotionnel.

La simulation in situ est une formation continue complémentaire à l'AFGSU 2. En plus de réactualiser les connaissances acquises en AFGSU 2, elle permet de développer les compétences non techniques (communication, leadership, organisation, démarche réflexive, etc.) et la qualité du travail en équipe. L'autre avantage est qu'elle permet de réajuster soit le matériel, soit l'organisation du service. D'une manière générale, elle contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles des équipes de service dans la prise en charge de l'urgence vitale.

Matériel nécessaire à la réalisation du projet

Nous devons disposer d'un mannequin patient basse fidélité²²⁴ permettant de réaliser la réanimation cardio-pulmonaire. Il s'agit d'un mannequin adulte grandeur nature qu'on ne peut pas contrôler à distance mais sur lequel nous pouvons réaliser un massage cardiaque externe proche de la réalité. Nous n'avons pas besoin de mannequin haute-fidélité puisque nous ne nous intéressons pas à la qualité des gestes techniques (procédural) autre que la mise en place de la procédure complète de la RCP mais aux compétences non techniques (travail en équipe, communication, organisation) du personnel du service.

²²⁴Meller G. A typology of simulators for medical education. J Digit Imaging 1997;10(3 Suppl 1):194-6.

Nous exploiterons les ressources humaines et matérielles propres à l'unité de soins où se déroule la formation. Le matériel d'urgence nécessaire à la prise en charge du patient en arrêt cardiaque utilisé sera donc celui du service et en l'état. Il sera nécessaire à posteriori de remplacer le matériel utilisé.

Nous proposons de filmer la séance de simulation en accord avec l'ensemble des professionnels afin de faciliter le retour d'expérience. Nous devons disposer d'un caméscope, d'un trépied et d'un ordinateur portable pour projeter la séquence vidéographique.

La simulation sera suivie d'une séance de débriefing afin d'analyser les différentes actions réalisées au cours de l'exercice. Il nous faut donc une caméra pour filmer la scène et un ordinateur portable ou un système de projection pour pouvoir analyser la situation. Il nous faut également une salle dans le service, au calme, pour débriefer.

Coût du projet

Le coût de ce type de formation est moins onéreux que de construire un centre de simulation au sein de l'établissement. Cependant, nous devons disposer du matériel cité précédemment. Il nous faut également des équipements et une logistique adaptée : matériel informatique, de transport, de stockage.

Nous proposons de nous rapprocher du CESU afin d'obtenir le prêt d'un mannequin et du service informatique pour le matériel vidéographique.

Le coût définitif sera évalué en fonction de l'accord ou non du prêt d'un mannequin par le centre de formation. Nous vous présentons une estimation des coûts liés à la mise en place de ce projet de formation.

Matériel	Prix	Alternatives
Mannequin patient basse fidélité	Tarif basé sur un devis fourni à titre indicatif par la Société SécuriMed : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prix unitaire HT : 1 399,00 € ✓ Frais de livraison : 00,00 € ✓ Taxe : 279, 80 € ✓ Prix TTC : 1 678, 80 € 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le projet rentre dans le cadre de la formation continue ✓ C'est une activité annexe du CESU ✓ C'est une activité annexe du centre de simulation de l'IRF
Appareil vidéographique	Tarif basé sur un devis fourni à titre indicatif par la Société Boulanger : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caméscope : Prix TTC : 299,00 € 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prêt par le service informatique du CHU

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trépied : Prix TTC : 39,99 € ✓ Sac de rangement/transport : 24,99 € ✓ Frais de livraison : 00,00 € ✓ Prix total TTC : 363, 98 € 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prêt par le centre de formation ✓ Prêt par le centre de simulation
Matériel du service utilisé lors de la simulation	<p>Coût d'un sac d'urgence complet</p> <p>Estimation du matériel utilisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Matériel de ventilation ✓ Matériel de perfusion ✓ Matériel d'intubation etc. 	<p>Coût aléatoire, dépend de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Du matériel utilisé sur place (difficile à prévoir à l'avance) ✓ De la découverte de matériel non conforme (périmé, intégrité des emballages non conforme, matériel manquant, etc.) ✓ Des objectifs de la simulation.
Personnel du service	<p>Demande la libération de périodes dédiées sur le temps de travail du personnel du service (risque de désorganiser les soins)</p> <p>Demande une réorganisation des plannings du service et peut-être une augmentation des amplitudes horaires de travail (coût lié aux heures supplémentaires)</p> <p>→ <i>Le nombre de personnel, les fonctions du personnel, l'horaire de la simulation sont décidés en concertation avec l'encadrement du service en fonction des objectifs de la formation</i></p>	<p>Pour assurer la continuité des soins à moindre coût, nous proposons de réaliser la simulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sur le temps de changement d'équipe montante (entre 13h30-14h30) ✓ L'augmentation de l'amplitude horaire est minimisée et dépend du temps accordé aux transmissions dans ce créneau horaire.
Personnel de la formation : l'IADE	<p>Demande la libération de périodes dédiées sur le temps de travail de l'IADE (risque de désorganiser les soins)</p> <p>Demande une réorganisation des plannings</p>	<p>Il est nécessaire d'éviter d'embaucher du personnel IADE supplémentaire.</p>

	du service où exerce l'IADE et peut-être une augmentation des amplitudes horaires de travail (coût lié aux heures supplémentaires)	Pour assurer la continuité des soins à moindre coût, nous proposons de réaliser la simulation : ✓ Sur le temps de travail des IADE du CESU ✓ De créer une activité annexe aux IADE dans le cadre de la formation continue.
--	--	--

Tableau 7. Coût du projet.

La simulation ne peut pas être pérenne. Entre les coûts du matériel, des consommables, des personnels humains, sans compter le temps de préparation de la mise en place d'une séance de simulation, afin d'obtenir une estimation fiable des coûts et de la possibilité d'inclure ce projet dans l'activité du CESU, nous nous sommes rapprochées du médecin responsable du CESU de notre établissement. Elle nous a apporté de nombreux éclairages quant à la possibilité de réaliser ce projet.

Nous prendrons également rendez-vous prochainement avec la personne responsable de la formation continue de notre établissement.

5.1.2. Description et déroulement de la formation

Responsables pédagogiques

Les responsables pédagogiques seront désignés selon s'il rentre dans le cadre du CESU ou de la formation continue. Par exemple s'il s'agit du CESU, il peut s'agir du médecin responsable du CESU.

Intervenants, formateurs et prérequis

Le formateur est un infirmier anesthésiste qui a une expérience dans les urgences intra-hospitalières, formé à la simulation et au débriefing pour assurer un compagnonnage de filière paramédicale.

Il sera nécessaire d'avoir une aide technique pour le transport du matériel et la vidéographie.

Nous pouvons également créer un chariot de simulation in-situ qui permettrait de rassembler en un seul endroit tout le matériel nécessaire à l'exercice. Le matériel est ainsi moins encombrant et plus facile à transporter dans l'établissement.

Public concerné

Ce projet de simulation concerne l'ensemble des professionnels paramédicaux et médicaux des unités de soins formés à l'AFGSU 2.

Objectifs généraux et compétences recherchés

- Optimiser la prise en charge de l'ACR ;
- Remobiliser les ressources des professionnels de santé acquises en AFGSU 2 (connaissances, gestes techniques, etc.) ;
- Mettre en situation les professionnels de santé des unités de soins sur la prise en charge d'un ACR ;
- Amener les professionnels à prendre du recul et ainsi à adopter une posture réflexive ;
- Faire le bilan de ce qui a été et est à améliorer ;
- Trouver des solutions aux problèmes en équipe ;
- Améliorer les compétences individuelles et collectives dans la gestion de l'ACR dans les unités de soins :
 - o Compétences techniques : reconnaissance de l'ACR, mise-en œuvre de la réanimation cardio-pulmonaire en attendant l'arrivée du médecin et de l'équipe de réanimation spécialisée (massage cardiaque externe, ventilation et défibrillation) ;
 - o Compétences non techniques : alerte précoce et adaptée de l'équipe de réanimation spécialisée et appel de renfort, travail en équipe efficace (communication, organisation-répartition des tâches, leadership).

Objectifs spécifiques

Dans un souci d'amélioration de la qualité des soins, cette formation nécessite des objectifs précis qui répondent aux besoins spécifiques des services. Ils seront décidés en amont avec l'encadrement du service. Nous proposerons ultérieurement un livret de formation.

A titre d'exemple :

- L'objectif principal du service X est d'évaluer l'organisation des professionnels lors d'un arrêt cardiaque.
Les objectifs secondaires sont d'évaluer la répartition des tâches, la mise en place d'un leadership et/ou d'un manager, et l'utilisation du matériel.
- L'objectif principal du service Y est d'évaluer la qualité de la réanimation cardio-pulmonaire.
Les objectifs secondaires sont de tester l'alerte précoce de l'ACR et du MCE à moins de X minutes.

Durée de la formation :

La séance de formation dépend des actions mises en place par les professionnels lors de la simulation.

Elle est estimée en moyenne à 60 min, découpée en différentes parties :

- Mise place du mannequin et de la caméra (ne nécessite pas d'autre temps de préparation) ;
- Pas de briefing, il s'agit d'une simulation semi-annoncée : annonce d'une situation ;
- 10 min d'exercice de simulation (début du scénario dès la première action de l'équipe) ;
- 40 min de séance de débriefing (début à la fin du temps de simulation arrêté en amont) ;
- 10 min de battement pour le rangement du matériel, etc.

Contenu de la formation :

Dans un premier temps, nous réalisons un exercice de simulation. Il s'agit d'une mise en situation via un scénario d'ACR en lien avec la typologie du service.

Dans un second temps, nous conduisons un débriefing. C'est un temps d'échanges dédié à tous les professionnels qui ont participé à l'exercice de simulation.

Lieu de la formation :

La formation a lieu dans l'unité de soins concernée pendant les heures de service des professionnels soit :

- Dans une chambre ;
- Dans un couloir ;
- Dans une salle de bain etc.

Accès à la formation :

La formation doit être un projet de service, une volonté des professionnels. Elle peut faire suite à une situation d'ACR difficile ou à un événement indésirable dans un souci d'amélioration des pratiques. Elle peut être autrement imprévisible, à titre de formation.

Elle peut rentrer dans le cadre de la formation continue de l'établissement ou de l'activité du CESU.

5.2. Le débriefing

5.2.1. Mise en place du projet

L'intérêt du projet

Le débriefing technique est un outil de communication interne à une équipe qui permet de faire le bilan d'une situation d'urgence ou d'une situation qui a posé problème. Il réunit tous les membres de l'équipe qui ont participé de près ou de loin à la situation problématique. Il s'agit

d'identifier et d'analyser ensemble ce qui a été et ce qui est à améliorer. Il permet ainsi de trouver des solutions aux problèmes et difficultés rencontrés en équipe. Il permet d'apprendre de l'expérience et être en mesure de réinvestir ce qu'ils ont retenu lors d'une prochaine situation similaire. D'une manière générale, il permet d'améliorer les pratiques des professionnelles.

Le débriefing peut se faire « à chaud », c'est à dire immédiatement après la situation d'urgence. Même si les actions sont encore présentes, le débriefing « à chaud » ne permet pas de prendre suffisamment de recul face à la situation. De plus, l'environnement n'est pas forcément propice et l'équipe pas disponible pour le mettre en place. Nous proposons ainsi la mise en place d'un débriefing « à froid », c'est-à-dire à distance de la situation professionnelle. Le débriefing permet d'améliorer les compétences collectives. En plus d'améliorer les pratiques professionnelles, le débriefing permet de faire baisser les pressions et le stress accumulés.

Nous espérons qu'à la suite de cette expérience de débriefing, les professionnels de santé continueront de le mettre en pratique à chaque nouvelle situation et pas seulement dans le cadre de l'ACR, et pourquoi pas « à chaud », car 10 minutes suffiraient déjà à diminuer les tensions et faire le point sur ce qui a été et n'a pas été.

Matériel nécessaire à la réalisation du projet :

La séance de débriefing nécessite une salle avec des sièges, au calme, pour recevoir tous les professionnels de santé concernés.

Elle nécessite un tableau Velléda ou un chevalet sur pied avec papier et quatre marqueurs (rouge, vert, noir et bleu).

Coût :

Coût des marqueurs : environ 5 euros.

Coût du tableau : environ 50 euros.

Coût total : environ 55 euros.

Ressources et difficultés :

Notre difficulté est d'identifier l'ensemble des professionnels qui sont intervenus sur l'ACR. Nous pouvons nous aider de la traçabilité des appels des ACR du CRRA 15. Les informations disponibles sont l'identité du patient, l'heure la date et le lieu de survenue de l'ACIH, l'équipe de réanimation spécialisée qui est intervenue. Concernant les professionnels du service qui ont participé à la prise en charge de l'arrêt cardiaque, il faut se rapprocher de l'encadrement de l'unité pour les retrouver.

L'autre difficulté est de réunir à la fois tous les membres de l'équipe du service et ceux de l'équipe de réanimation sur un même temps pour effectuer le débriefing.

Les professionnels interviewés dans notre enquête nous ont rapporté que plus tôt se fait le débriefing et plus il est efficace. La distance entre la réalisation du débriefing et la survenue de la situation d'ACR vécue doit être la plus courte possible. Nous proposons un délai d'un mois.

5.2.2. Description et déroulement du projet

Intervenants, formation et prérequis :

Le débriefing est conduit par l'infirmier anesthésiste qui a une expérience de l'urgence intra-hospitalière et qui est formé au débriefing ; et qui intervenu sur le même ACR que l'équipe du service concernée par le débriefing.

Public concerné :

Les professionnels paramédicaux des unités de soins qui sont intervenus sur le même ACR dans leur service sont concernés par ce projet ; ainsi que ceux de l'équipe de réanimation spécialisée qui sont intervenus sur ce même ACR.

Objectifs et compétences recherchées :

- Optimiser la prise en charge de l'ACR ;
- Remobiliser les ressources des professionnels de santé acquises en AFGSU 2 (connaissances, gestes techniques, etc.) ;
- Amener les professionnels à prendre du recul et ainsi à adopter une posture réflexive ;
- Faire le bilan de ce qui a été et est à améliorer ;
- Trouver des solutions aux problèmes en équipe ;
- Améliorer les compétences individuelles et collectives dans la gestion de l'ACR dans les unités de soins :
 - o Compétences techniques : reconnaissance de l'ACR, mise-en œuvre de la réanimation cardio-pulmonaire de base en attendant l'arrivée du médecin et de l'équipe de réanimation spécialisée (massage cardiaque externe, ventilation et défibrillation), mise en œuvre de la réanimation cardio-pulmonaire spécialisée ;
 - o Compétences non techniques : alerte précoce et adaptée de l'équipe de réanimation spécialisée et appel de renfort, travail en équipe efficace (communication, organisation-répartition des tâches, leadership).

Durée du débriefing :

La durée du débriefing dépend du nombre de personnes présentes et du temps de parole pris par chacun des membres de l'équipe. Nous l'estimons à 60 minutes environ.

Contenu du débriefing :

Le débriefing est un temps d'échanges entre tous les professionnels (équipe de réanimation spécialisée et équipe du service) qui ont participé à la prise en charge de l'ACR.

Lieu du débriefing :

Il a lieu dans une pièce en dehors du service concerné. Le lieu et la date sont à définir selon les possibilités de chacun sans perturber la continuité des soins.

Accès au débriefing :

Il peut être imposée et organisée dans les suites de la survenue de l'ACR. Cependant, nous pensons qu'il doit être mis en place sur la demande de l'équipe par le biais d'un formulaire en ligne par exemple.

Au vu des retours des infirmiers et des IADE interrogés lors de l'enquête, la mise en place d'un débriefing est très difficile. Au vu de tous les avantages du débriefing, c'est un projet qui mérite d'être approfondis. Cependant, à ce stade de notre travail, nous n'avons pas toutes les réponses nécessaires pour répondre aux difficultés et aux contraintes liées à la mise en place de celui-ci. Par conséquent, nous avons décidé de nous concentrer sur le projet professionnel concernant la simulation in situ que nous présenterons plus en détail lors de la soutenance.

CONCLUSION

Les infirmiers du service connaissent la procédure de leur établissement en cas d'arrêt cardiaque. Ils connaissent également les différentes étapes de la réanimation cardio-pulmonaire mais identifient surtout un manque de pratique. En effet, les IADE ont remarqué que la RCP n'est pas toujours débutée. Or, le taux de survie du patient en arrêt cardiaque dépend de la précocité de la RCP. Tous les soignants qui ont pris en charge plusieurs ACR assurent que l'expérience est, pour eux, la meilleure formation même si les connaissances théoriques sont indispensables. Ils apprennent mieux en pratiquant. Cependant, il n'est pas toujours possible d'impliquer le service et donc de les former dans l'action. Nous avons donc tout intérêt à les former en amont. Les professionnels rapportent que se former en équipe, faire des exercices de simulation et encore mieux dans le service, améliorent leur organisation et donc le travail en équipe. La formation doit être un projet de service. Nous nous sommes donc intéressées à la simulation in situ. Elle répondrait aux besoins et aux attentes des professionnels.

Les professionnels interrogés ajoutent qu'il est difficile de prendre du recul pendant l'action. En effet, ils s'appuient sur leurs schèmes opératoires et sur leur expérience pour être efficaces au moment de l'action. Par contre, pour eux, il est important de prendre de la distance après l'action. Ils se retrouvent confronter à leurs difficultés et ressentent le besoin d'en discuter en équipe. Les infirmiers et infirmiers anesthésistes confirment la place essentielle du débriefing dans les suites d'une situation d'urgence. Il permet de les former mais également d'évacuer leur stress. Le débriefing améliore les compétences collectives. Cependant, il n'est pas toujours facile à mettre en place. La plupart des professionnels font du débriefing sur des temps informels, en rangeant leur matériel par exemple. Pour être efficace, il doit se réaliser « à chaud ». L'IADE n'a pas toujours le temps de retourner dans le service pour échanger avec eux car il doit être disponible en cas de nouvelle urgence. La mise en place d'un débriefing formel est difficile. Il faut donc trouver le moyen de réaliser des débriefings sans perturber la continuité des soins. Il est nécessaire de sensibiliser les professionnels à l'utilisation du débriefing « à chaud » dans leur pratique quotidienne.

Aussi, ce travail souligne toute l'importance du travail en équipe. Il met donc l'accent sur la possibilité pour l'IADE de mettre en place une démarche de formation pour répondre aux besoins spécifiques des services.

Avec ce mémoire professionnel, nous avons acquis un certain nombre de nouvelles compétences notamment dans la méthodologie d'une démarche de recherche ; à répondre aux exigences d'un travail de recherche en sciences infirmières de niveau master. Il nous a également

poussé à nous remettre en question et à avoir un regard différent sur nos pratiques professionnelles.

Suite à l'élaboration de ce travail de recherche, nous nous sentons plus prêts à former nos pairs. Cependant, afin de nous sentir vraiment apte à mettre en place ces formations, nous éprouvons le besoin de suivre une formation spécifique tel qu'un diplôme universitaire de pédagogie ou de simulation.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Amberdt C.H., Dupuich-Rabasse F., Emery Y. et al. Compétences collectives dans les organisations : émergence, gestion et développement. Editions Les presses de l'Université de Laval : 2000. Canada. Pp261.

Attias D., Bresse B., Lellouche N. Médecine KB-Cardiologie Vasculaire. Editions Vernazobres Grego : 2009. France. Pp 644.

Bachelard O., Normand R. Vers un leadership au service du management public : favoriser l'émergence de compétences collectives. Editions Canopé : 2014. France. Pp 255.

Benner P. De novice à expert, excellence en soins infirmiers. Edition Masson : 2007. Paris. Pp 254.

De Montmollin M., LeplatJ. Les compétences en ergonomie. Octares : 2001. Paris. Pp 190.

Dewey J. Expérience et éducation. A. Colin.1968. Paris, Pp 147.

Formarier M., Jovic L. (2012), Les concepts en Sciences Infirmières 2^{ème} Edition, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), Editions Mallet Conseil, Pp 328.

Gabin P., Dortier J.F. (2008), La Communication : Etat des Savoirs - Troisième édition actualisée, Paris, Éditions sciences humaines, Pp 416.

Jonnaert P. Compétences et socioconstructivisme. Editions De Boeck : 2002. Bruxelles. Pp 100.

Josien S., Landrieux-Kartochian S. Management des entreprises. 3^{ème} édition. Editions Gualino : 2017. Espagne. Pp 262.

Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions Eyrolles : 2015. Paris. Pp 308.

Le Boterf G. Ingénierie et évaluation des compétences. 6^{ème} édition. Editions Eyrolles : 2010. Paris. Pp 605.

Le Boterf G. Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective. 3^{ème} édition. Editions Eyrolles : 2013. Paris. Pp 174.

Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Editions ESF : 2013. Pologne. Pp 203.

Nicolet M. L'infirmier anesthésiste. Editions Flammarion : 2003. Paris. Pp 234.

Pitard L. Peruzza E. Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie. Edition Masson : 2010. Pp 264.

Saint-Jean M., Lafranchise N., Lepage C., Lafortune L. Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing : Accompagner, former et professionnaliser. Presses de l'université du Québec : 2017. Pp 260.

Schön D. Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Editions Logiques : 1994. Montréal. Pp 418.

Stahl R. Management, formation et travail en équipe. Editions De Boeck : 2013. Paris. Pp 251.

Zarifian P. Le modèle de la compétence. Editions Liaisons : 2004. Rueil-Malmaison. Pp 130.

Zarifian P. Objectif compétence. Editions Liaisons : 2001. Rueil-Malmaison. Pp 203.

Périodiques :

Andersen, P.O., Jensen, M.K., Lippert, A., Ostergarrd D. Identifying non- technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation* 2010 ; 81, 695-702.

Andersen P.O., Lars W., Granfeldt A., Callaway C.W., Bradley S.M., Soar J., et Al. For the American Heart Association's Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators. « Association Between Tracheal Intubation During Adult In-Hospital Cardiac Arrest and Survival ». *JAMA* 317, n° 5 (07 2017) : 494-506.

Baker, D. P., Day, R., Salas E. Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services research*, 41(4p2), 2006 ; 1576-1598.

Chan PS, Krumholz H.M., Nichol G., et al. Delayed time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. *N. Engl. J. Med.* 2008 ; 358 : 9-17.

Cooper S., Janghorban M, Cooper G. (2006), A decade of in-hospital resuscitation : Outcomes and prediction of survival ? *Resuscitation* 2006 ; 68 : 231-237.

Curry L, Gass D. Effects of training in cardiopulmonary resuscitation on competence and patient outcome. *Can Med Assoc J.* 1987 ; 137 : 491 - 496.

Edelson DP, Litzinger B, Arora V, et al. Improving in-hospital cardiac arrest process and outcomes with performance debriefing. *Archives of internal medicine* 2008 ;168 : 1063-9.

Fletcher G., Flin R., McGeorge P., Glavin R., Maran N., Patey R. Compétences non techniques des anesthésistes (ANTS) : évaluation d'un système de marqueurs comportementaux. 2003 Mai ;

90 (5) : 580-8.

Flin, R., Patey, R., Glavin, R., & Maran, N. Anaesthetists' non-technical skills. *British journal of anaesthesia*, 2010 ; 105(1), 38-44.

Gass D, Curry L. Physicians' and nurses' retention of knowledge and skill after training in cardiopulmonary resuscitation. *Can Med Assoc J*. 1983 ; 128 : 550 - 551.

Godé C. Compétences collectives et retour d'expérience « à chaud ». Le cas de l'Équipe de voltige de l'armée de l'air. *Revue française de gestion* 2012/4 (N° 223), p. 167-180.

Goldberger ZD, Chan PS, Berg RA, et al. Duration of resuscitation efforts and survival after in-hospital cardiac arrest : an observational study. *Lancet* 2012 ; 380 : 1473-81.

Herlitz J, Bang A, Aune S, et al. Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas. *Resuscitation* 2001 ; 48 : 125-135

Herlitz, J., et al., Characteristics and outcome among patients suffering from in hospital cardiac arrest in relation to whether the arrest took place during office hours. *Resuscitation* 2002. 53(2) : p 127-33.

Meller G. A typology of simulators for medical education. *J Digit Imaging* 1997 ; 10 (3 Suppl 1) : 194-6.

Merchant Raina M. et al. « Incidence of Treated Cardiac Arrest in Hospitalized Patients in the United States. » *Critical care medicine* 39.11 2011 : 2401–2406.

Moller T.P., Ostergaard D., and Lippert A. Facts and fiction, Training in centres or in situ. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2012 ; 2 : 174-179.

Ornato Joseph P., Peberdy M.A., Renee D. Reid, V. Feeser R., Harinder S. Dhindsa, et NRCPR Investigators. « Impact of Resuscitation System Errors on Survival from In-Hospital Cardiac Arrest ». *Resuscitation* 83, n° 1 (janvier 2012) : 63-69.

Paige JT, Kozmenko V, Yang T, Gururaja RP, Hilton CW, Cohn I, et Al. Attitudinal changes resulting from repetitive training of operating room personnel using of high-fidelity simulation at the point of care. *Am Surg*. 2009 ; 75(7) : 584-90.

Peberdy, M.A., et al., Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. *JAMA*, 2008. 299(7) : p. 785-92.

Perrenoud, P. « Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation », in - 398 - *Cahiers pédagogiques*, n°390. 2001. Pp 42-45.

Sandroni, C., et al., In-hospital cardiac arrest : survival depends mainly on the effectiveness of the emergency response. *Resuscitation*, 2004. 62(3) : p. 291-7.

Sandroni C., Nolan J., Cavallaro F., Antonelli M. « In-Hospital Cardiac Arrest : Incidence, Prognosis and Possible Measures to Improve Survival ». *Intensive Care Medicine* 33, n° 2 (février 2007) : 237-45.

Scott Isaak R., Podraza Stiegler M. Review of crises resource management (CRM) principes in the setting of intraopertaive malignant hyperthermia, Japanese Society of Anesthesiologists 2015.

Vacheron A, Bounhoure JP. Groupe de travail de la Commission IV (maladies cardiovasculaires). Recommandations de l'Académie nationale de médecine. *Bull Acad Natl Med* 2007 ; 191 : 1763-77.

Van Kalmthout PM, Speth P, Rutten J, Vonk J. Evaluation of lay skills in cardiopulmonary resuscitation. *Br Heart J*. 1985 ; 53 : 562 - 566.

Wolfe, Heather, Carleen Zebuhr, Alexis A. Topjian, Akira Nishisaki, Dana E. Niles, Peter A. Meaney, Lori Boyle, et al. « Interdisciplinary ICU Cardiac Arrest Debriefing Improves Survival Outcomes* ». *Critical Care Medicine* 42, n° 7 (juillet 2014): 1688-95.

Wybo J.L., Colardelle C., Poulossier M.P. et Cauchois D. « Retour d'expérience et gestion des risques. Récents progrès en génie des procédés ». *Techniques et Documentation*, vol. 15 n° 85. 2001 ; p15-128.

Textes règlementaires :

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des Etablissements de Santé

Décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste

Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue

Organisations, instituts, organismes etc. :

Les directives de réanimation de 2015.

SFAR. « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières ». Conférence d'experts. 2004.

Sites internet :

<http://www.larousse.fr>

<http://registreac.org>

<https://www.fedecardio.org>

<https://cprguidelines.eu>

<http://www.snia.net>

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<http://sfar.org>

<https://sfcardio.fr>

<https://www.erc.edu>

www.has-sante.fr

<http://www.cnrtl.fr>

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE.....	2
1.1. Situation de départ	2
1.2. Questionnement	2
1.3. Question centrale	6
1.4. Hypothèses.....	6
2. DEUXIEME PARTIE : CADRE CONTEXTUEL.....	9
2.1. L'intra-hospitalier	9
2.1.1. L'hôpital et son organisation.....	9
2.1.2. Particularité des services de soins généraux	9
2.2. L'infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE)	10
2.3. La situation d'urgence	14
2.3.1. Définition de l'urgence vitale.....	14
2.3.2. Législation relative au rôle de l'IADE dans le cadre de l'urgence.....	15
2.3.3. Formation à l'urgence vitale	16
2.4. L'arrêt cardio-respiratoire (ACR)	18
2.4.1. Définition et physiopathologie de l'ACR : généralités	18
2.4.2. Epidémiologie de l'ACR.....	18
2.4.3. Le pronostic de l'ACR.....	19
2.4.4. Prise en charge de l'ACR : recommandations et impératifs'	20
2.5. Synthèse.....	23
3. TROISIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL.....	25
3.1. Le concept de compétence	25
3.1.1. La compétence individuelle	25
3.1.1.1. Définition de la compétence individuelle	25
3.1.1.2. Les compétences techniques et non techniques.....	27
3.1.1.3. Le développement de la compétence.....	28
3.1.1.4. La réflexivité.....	30
3.1.2. La compétence collective	33
3.1.2.1. Définition.....	33
3.1.2.2. L'émergence de la compétence collective.....	34
3.2. Le concept de travail en équipe.....	36
3.2.1. Définition du travail en équipe	36
3.2.2. Particularité du travail en équipe à l'hôpital	39

3.2.3. La coopération entre les membres de l'équipe.....	40
3.3. Le concept de communication.....	44
3.3.1. Définition et principes de la communication	44
3.3.2. La communication de groupe en situation d'urgence	46
3.3.3. Le feedback ou la rétroaction	48
3.4. Le concept d'apprentissage expérientiel	50
3.4.1. Définition de l'apprentissage expérientiel	50
3.4.2. Le retour d'expérience	52
3.4.3. Le débriefing, outil de retour d'expérience	53
3.4.4. La pédagogie de simulation.....	55
3.5. Synthèse.....	57
4. QUATRIEME PARTIE : ENQUÊTE.....	58
4.1. Hypothèses retenues.....	58
4.2. Justification de l'enquête	58
4.3. Présentation des objectifs de l'enquête.....	59
4.4. Méthodologie de l'enquête	60
4.4.1. La description de la méthodologie de recherche.....	60
4.4.2. La population d'étude	60
4.4.3. La table de passage	61
4.4.4. L'outil de recueil choisi	62
4.4.5. Le mode de recueil de l'enquête	62
4.5. Analyse et résultats de l'enquête.....	62
4.5.1. Le plan d'analyse.....	62
4.5.2. Présentation des résultats bruts de l'enquête	63
4.5.2.1. Démographie de la population source	63
4.5.2.2. La formation in situ	66
4.5.2.3. Le débriefing	71
4.5.2.4. Les compétences collectives.....	76
4.5.3. Analyse des résultats de l'enquête.....	81
4.5.3.1. Démographie de la population source	81
4.5.3.2. La formation in situ	84
4.5.3.3. Le débriefing	85
4.5.3.4. Les compétences collectives.....	87
4.5.4. Synthèse des résultats de l'enquête et discussion.....	88
4.5.5. Vérification des hypothèses.....	93
5. CINQUIEME PARTIE : PROJET PROFESSIONNEL	95

5.1. La simulation in situ	95
5.1.1. Mise en place du projet	95
5.1.2. Description et déroulement de la formation.....	98
5.2. Le débriefing.....	100
5.2.1. Mise en place du projet	100
5.2.2. Description et déroulement du projet.....	102
CONCLUSION.....	104
BIBLIOGRAPHIE.....	1
TABLE DES MATIERES	6
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES TABLEAUX	9
ANNEXES	10

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les lieux d'intervention des ACIH.	3
Figure 2. La Chaîne de Survie	4
Figure 3. La place de l'IADE dans l'organisation du système de soin hospitalier	11
Figure 4. Algorithme de réanimation intra-hospitalière.....	21
Figure 5. « Être compétent » : le curseur d'une définition (modèle Le Boterf).	26
Figure 6. Les 3 dimensions de la compétence de Le Boterf G.	30
Figure 7. La boucle d'apprentissage expérientiel.....	31
Figure 8. Emergence des compétences collectives au niveau des équipes de travail.	35
Figure 9. Les styles de management.	43
Figure 10. Modèle de communication modifié selon Riley, Wiener, Shannon et Weaver.....	45
Figure 11. Continuum de la rétroaction.	49
Figure 12. Modèle d'apprentissage expérientiel de Dewey J.....	51
Figure 13. Répartition Homme-Femme de la population IADE	81
Figure 14. Répartition Homme-Femme de la population IDE	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. La complémentarité des rôles entre le manager et le leader	42
Tableau 2. La population source	61
Tableau 3. Démographie de la population IADE.	63
Tableau 4. Démographie de la population IDE	65
Tableau 5. Etat de la formation des IADE.	66
Tableau 6. Etat de la formation des IADE.	69
Tableau 7. Coût du projet.	98

ANNEXES

Annexe I : Répartition des arrêts cardiaques en France entre le 1^{er} mai 2017 et le 30 avril 2018.

Annexe II : Etude épidémiologique d'un centre hospitalier sur l'arrêt cardiaque intrahospitalier

Annexe III : Présence du MAR pendant l'entretien de l'anesthésie

Annexe IV : Article R-4311-12 du Code de la Santé Publique

Annexe V : Secteurs d'activité des IADE en 2001

Annexe VI : L'environnement humain au bloc opératoire

Annexe VII : La compétence 6. Annexe II de l'arrêté du 23 juillet 2012

Annexe VIII : Le contenu de la formation IADE

Annexe IX : Les modules de l'AFGSU de niveau 2

Annexe X : La prise en charge de l'ACIH détaillé

Annexe XI : La table de passage

Annexe XII : Les guides d'entretien

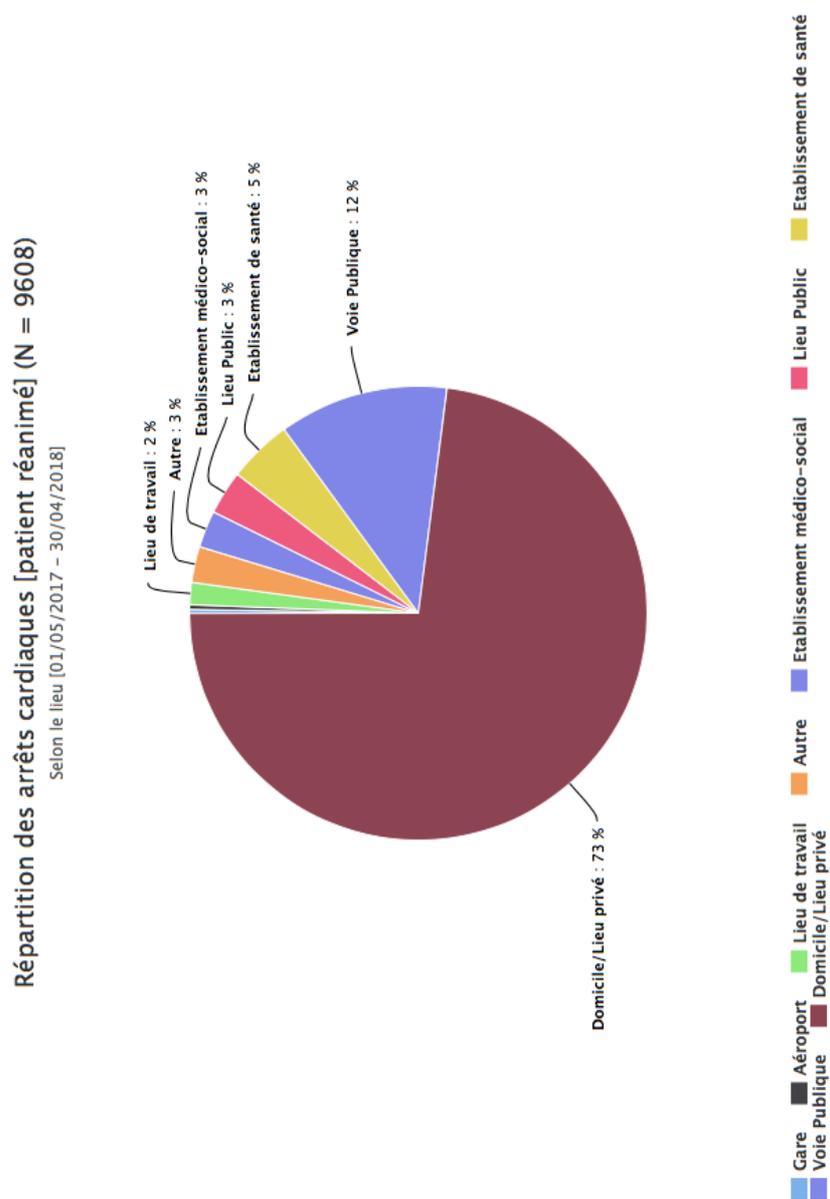
Annexe XIII : Les retranscriptions des entretiens

Annexe XIV : L'analyse à plat des entretiens

ANNEXE I

Répartition des arrêts cardiaques en France entre le 1^{er} mai 2017 et le 30 avril 2018.

Annexe I : Répartition des arrêts cardiaques en France entre le 1^{er} mai 2017 et le 30 avril 2018.



ANNEXE II

Etude épidémiologique d'un CHU sur l'arrêt cardiaque intrahospitalier

Annexe II : Etude épidémiologique d'un CHU sur l'arrêt cardiaque intrahospitalier

Les raisons d'appel des urgences intrahospitalières :

L'item « *raison d'appel intrahospitalier* » transcrit le motif exposé à l'appel sans présager de l'évolution ultérieure du pronostic. En effet, une situation instable peut rapidement évoluer secondairement en ACR.

Raisons d'appel Intrahospitalier	Nombre d'évènements
Pneumologie	72
Cardiologie	78
ACR	99
Cas médical	829
Fièvre	4
Néonatalogie	65
Intoxication	26
Psychiatrie	61
Chute	93
Autre	172
Pendaison	1
Rixe	10
Pédiatrie	39
Traumatologie autre	58
Obstétrique	16
AVP	10
Accident domestique	4
Accident de travail	1
Accident de sport	2
Noyade	2
Incendie-Explosion	1
Blessure par arme	3
	1646

Tableau 1. Raisons des appels intrahospitaliers.

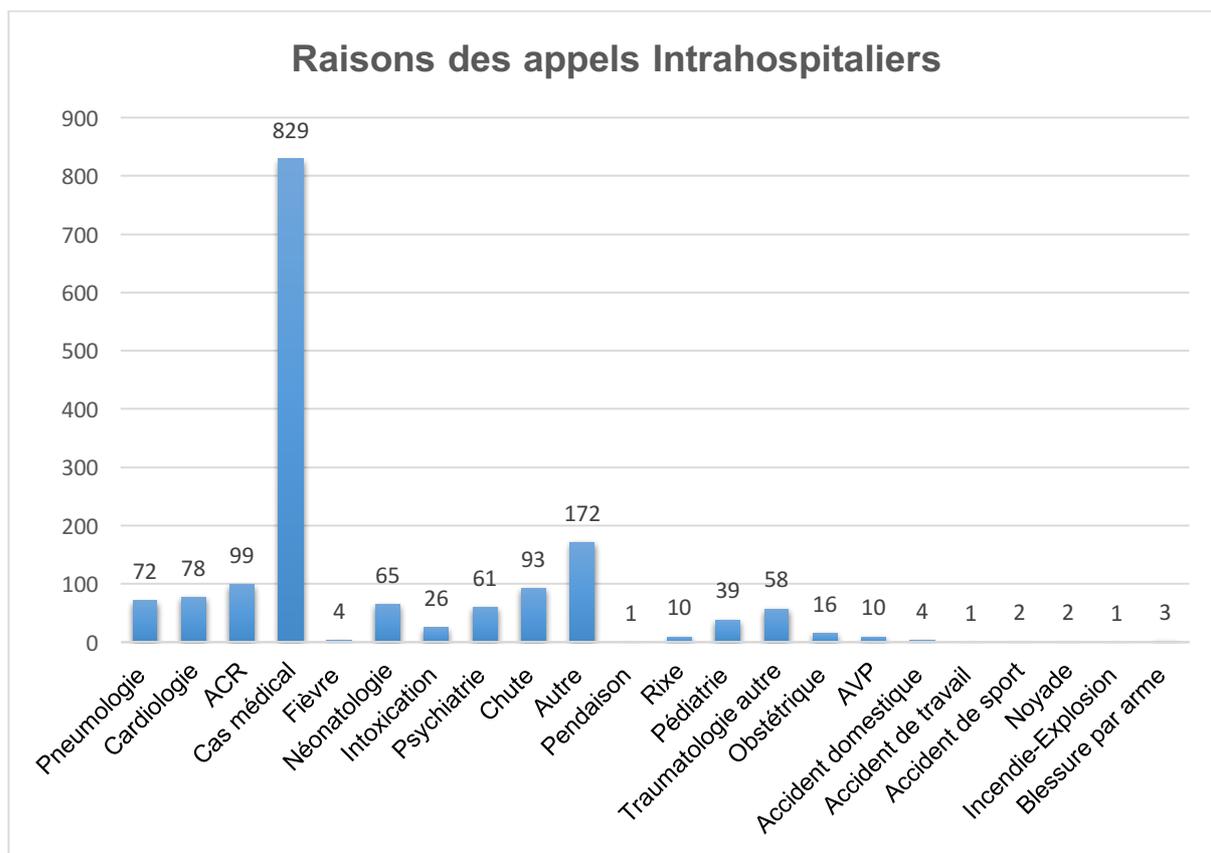


Figure 1. Raisons des appels intrahospitaliers.

La part des arrêts cardiaques intrahospitaliers :

Raison d'appel IH	Nombre d'évènements	Fréquence de l'évènement	% de l'évènement
ACR	99	0,060145808	6%
Autres cas médicaux et chirurgicaux	1547	0,939854192	94%
Total des appels IH	1646	1	100%

Tableau 2. La part des arrêts cardiaques intrahospitaliers.

La part des arrêts cardiaques intrahospitaliers

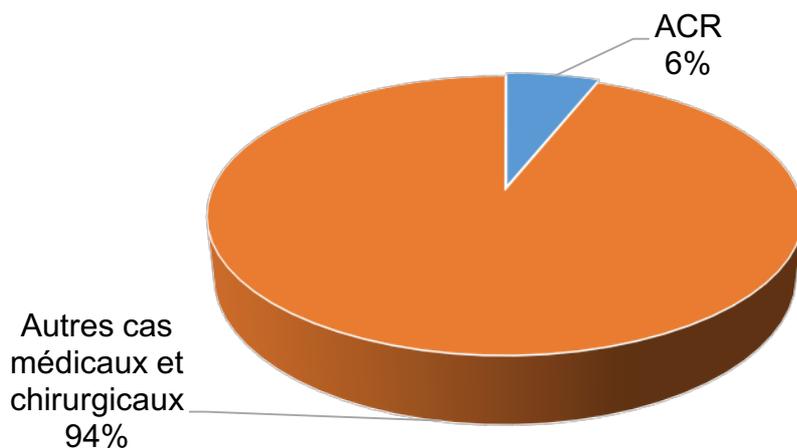


Figure 2. La part des arrêts cardiaques intrahospitaliers.

Le devenir des patients ayant présenté un ACIH :

Devenir du patient	Nombre d'événements
Décès avant l'arrivée des secours	28
Décès après la réanimation	16
Transfert médicalisé en réanimation	37
Autres	18
	99

Tableau 3. Le devenir des patients ayant présenté un ACIH.

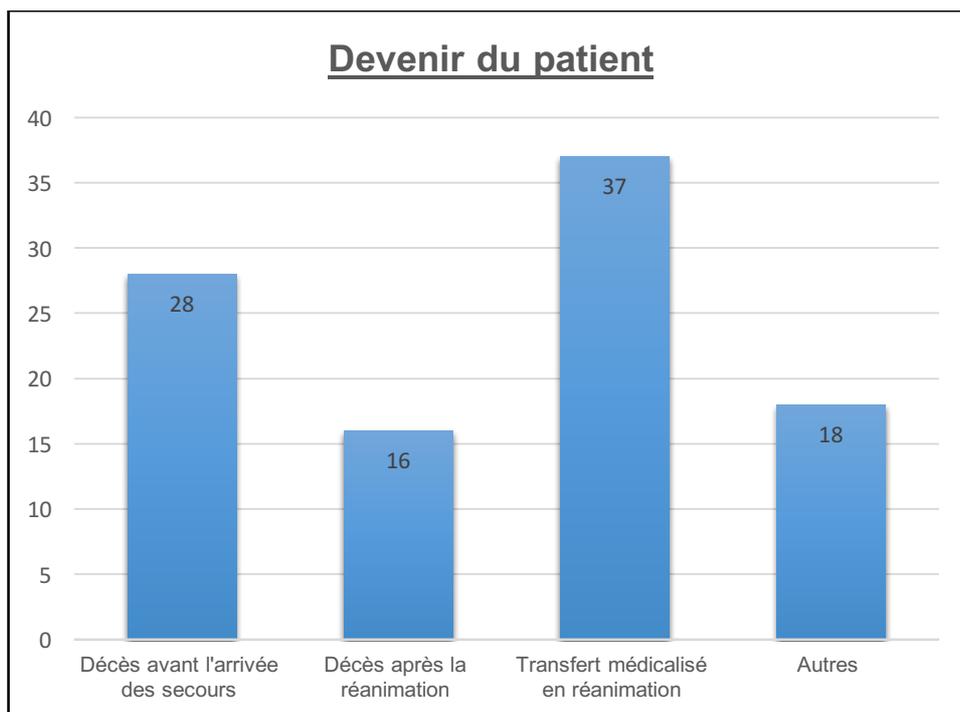


Figure 3. Le devenir des patients ayant présenté un ACIH.

Autres = « conseil médical », ou « laissé ou soins sur place ».

Les différentes équipes d'urgence intrahospitalières intervenues :

Type d'équipe d'intervention	Nombre d'évènements	Fréquence d'évènements	% d'évènements
SMUR primaire	20	0,202020202	20%
Transfert Intrahospitalier	33	0,333333333	33%
Equipe de réanimation	17	0,171717172	17%
Autres	29	0,292929293	29%
	99	1	100%

Tableau 4. Les différentes équipes d'urgence intrahospitalières intervenues :

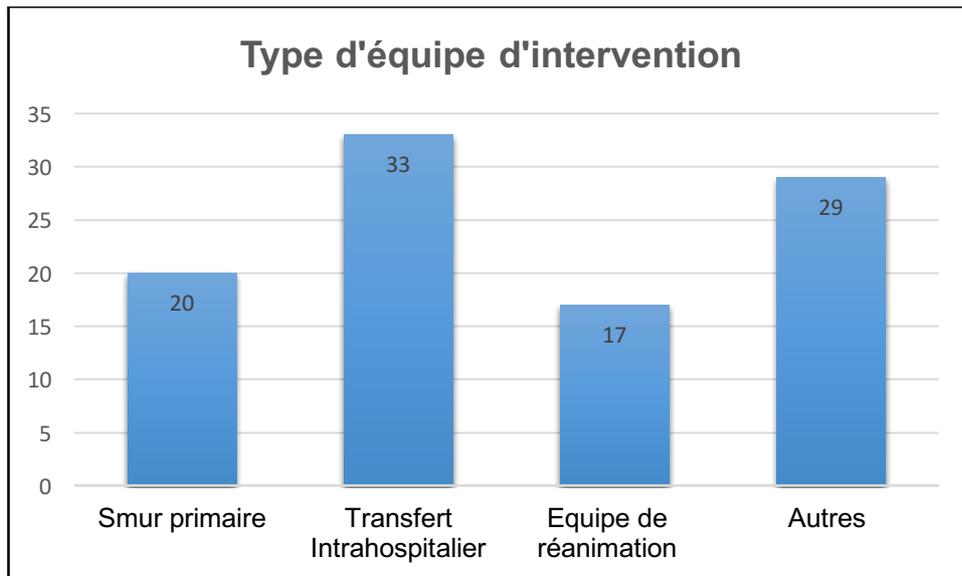


Figure 4. Les différentes équipes d'urgence intrahospitalières intervenues :

SMUR primaire : équipe de SMUR composé d'un IADE, d'un médecin urgentiste et d'un ambulancier.

Transfert Intrahospitalier : équipe de SMUR composé d'un IDE, d'un médecin urgentiste et d'un ambulancier.

Autres : « Visite du médecin », « conseil médical » ou « laissé ou soins sur place ». En effet, concernant les EHPAD, si un ACR se traduit par un « conseil médical » ou « visite du médecin de garde » ou « laissé ou soins sur place », c'est que le décès est rapidement survenu pendant l'appel ou qu'il s'agit d'une demande mal exprimée.

La place de l'IADE dans les urgences intrahospitalières :

Type d'équipe d'intervention	Nombre d'évènements	Fréquence d'évènement	% d'évènement
Avec IADE	37	0,373737374	37%
Avec IDE	33	0,333333333	33%
Autres	29	0,292929293	29%
	99	1	100%

Tableau 5. La place de l'IADE dans les urgences intrahospitalières.

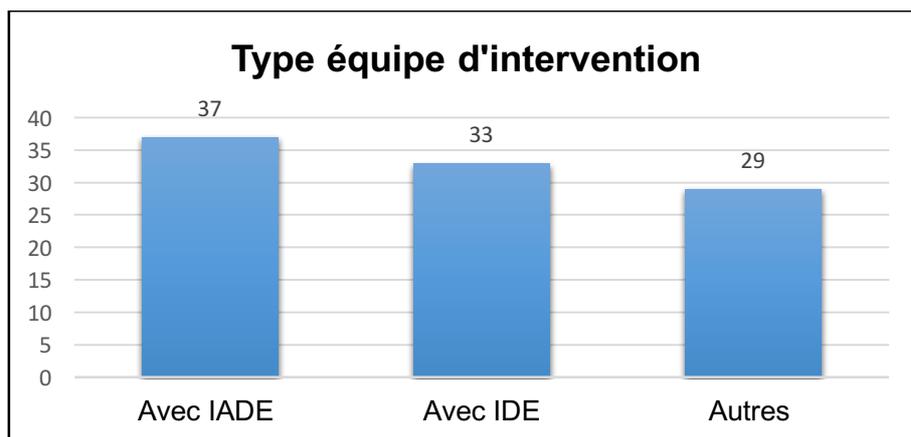


Figure 5. La place de l'IADE dans les urgences intrahospitalières.

Les lieux d'intervention des ACIH :

Lieu d'intervention	Nombre d'interventions	Fréquence d'intervention	% d'intervention
Service de soins généraux	45	0,454545455	45%
Services de haute technicité	22	0,222222222	22%
EHPAD	27	0,272727273	27%
Radio	3	0,03030303	3%
Non stipulé	2	0,02020202	2%
	99	1	100%

Tableau 6. Les lieux d'intervention des ACIH.

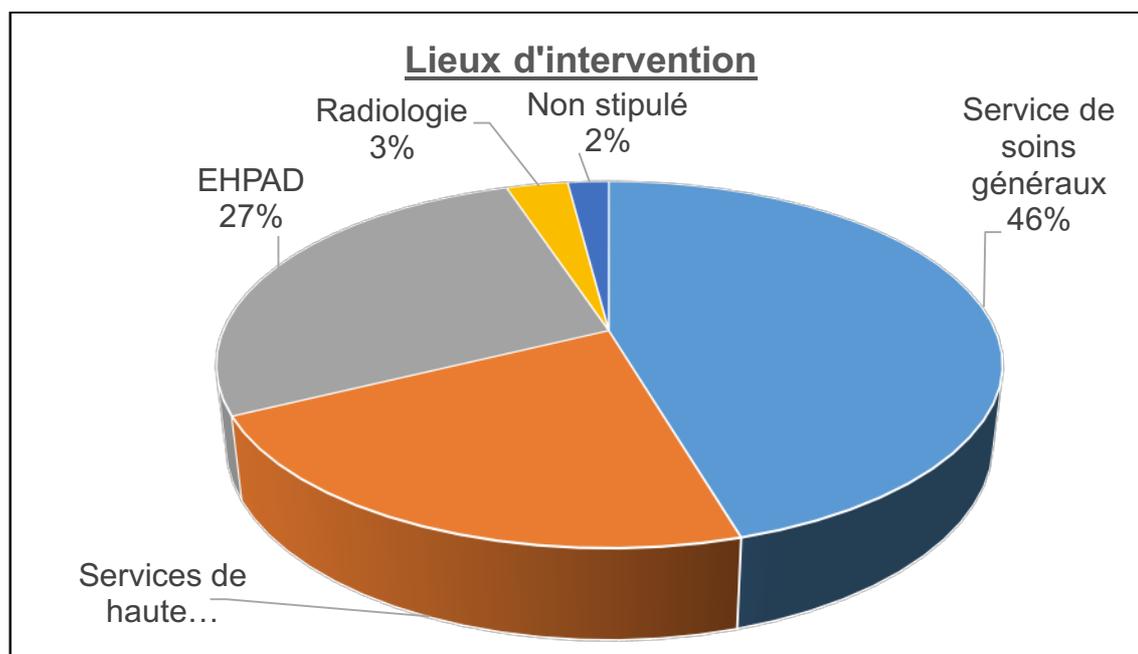


Figure 6. Les lieux d'intervention des ACIH.

ANNEXE III

Présence du MAR pendant l'entretien de l'anesthésie

Annexe III : Présence du MAR pendant l'entretien de l'anesthésie

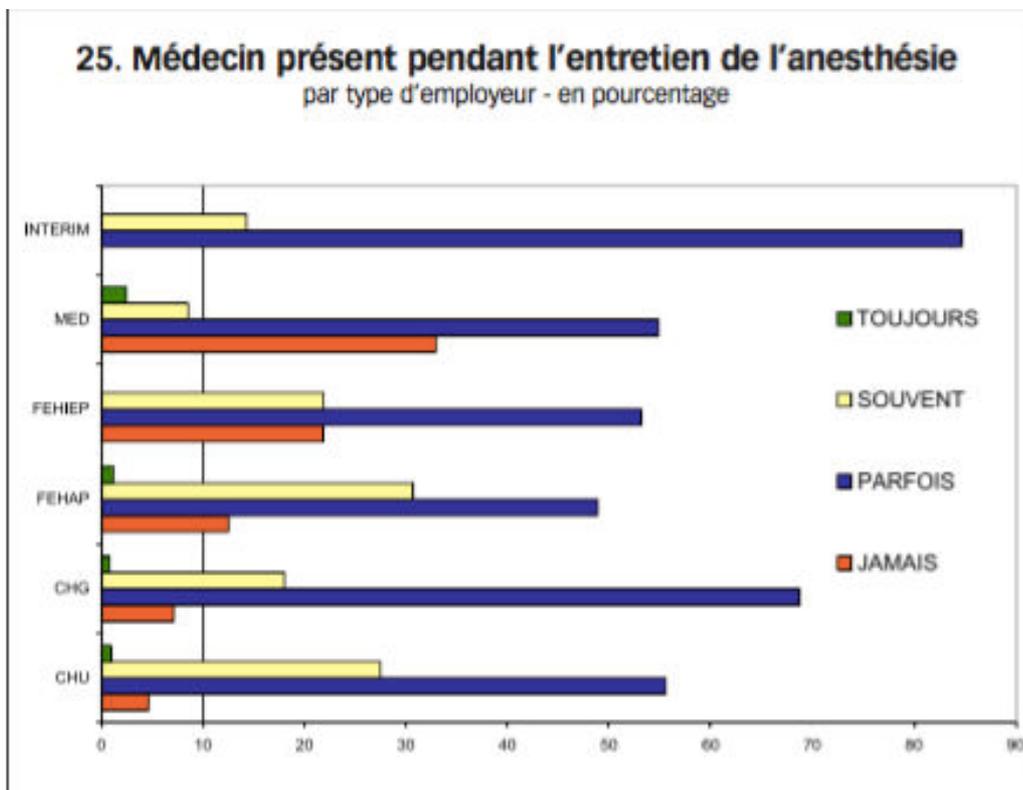


Figure 1. Présence du MAR pendant l'entretien de l'anesthésie

ANNEXE IV

Article R-4311-12 du Code de la Santé Publique

Annexe IV : Article R-4311-12 du Code de la Santé Publique

« Art. R. 4311-12.-I.-A. - L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, **exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur** sous réserve que ce médecin :

« 1° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la **stratégie anesthésique** comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;

« 2° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance postinterventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

« B. - L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat est, dans ces conditions, seul habilité à :

« 1° Pratiquer les techniques suivantes :

« a) Anesthésie générale ;

« b) Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

« c) **Réanimation peropératoire** ;

« 2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;

« 3° Assurer, en salle de surveillance postinterventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation préopératoire.

« II. - L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1° du B du I.

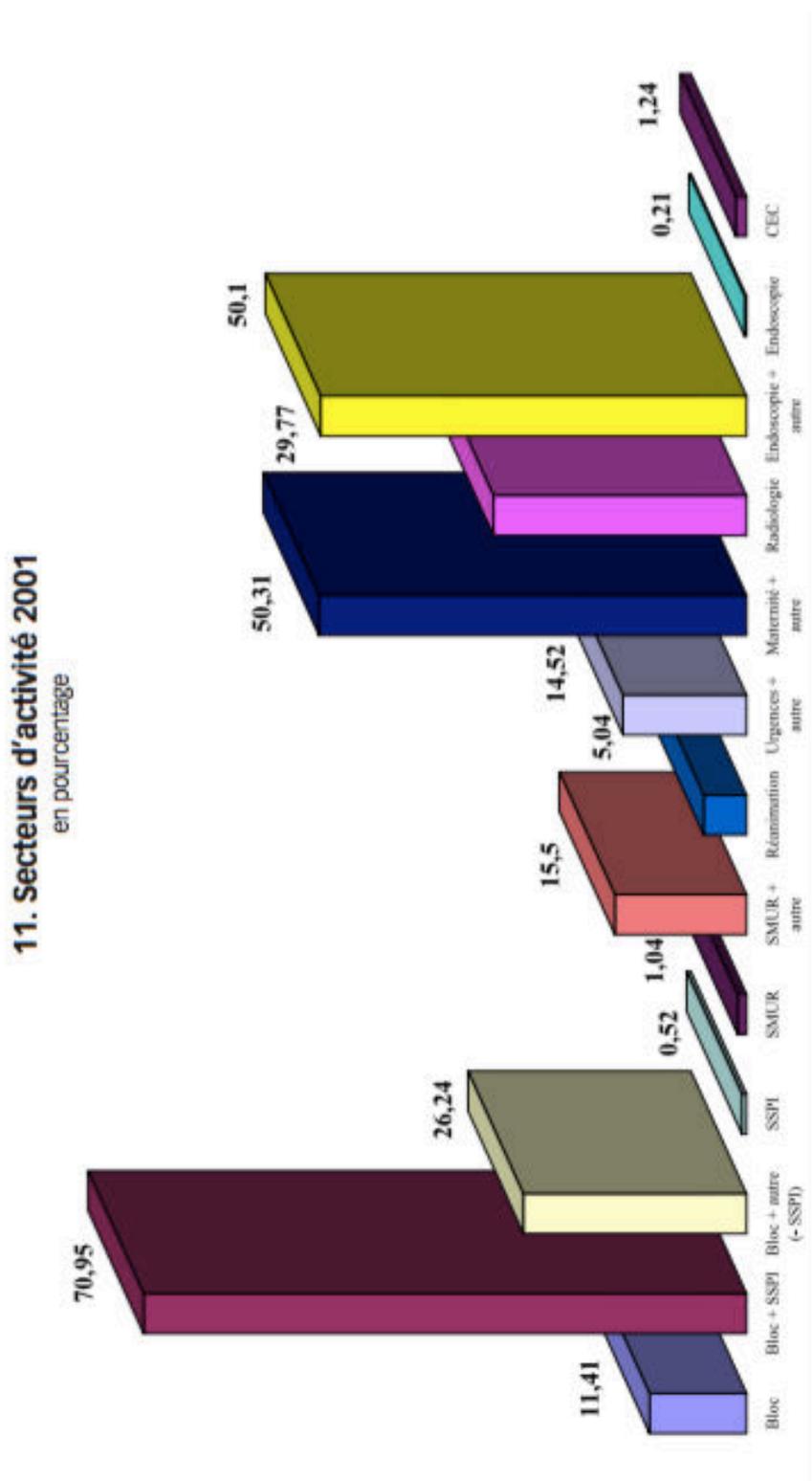
« III. - L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers.

« IV. - Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. »

ANNEXE V

Secteurs d'activité des IADE en 2001

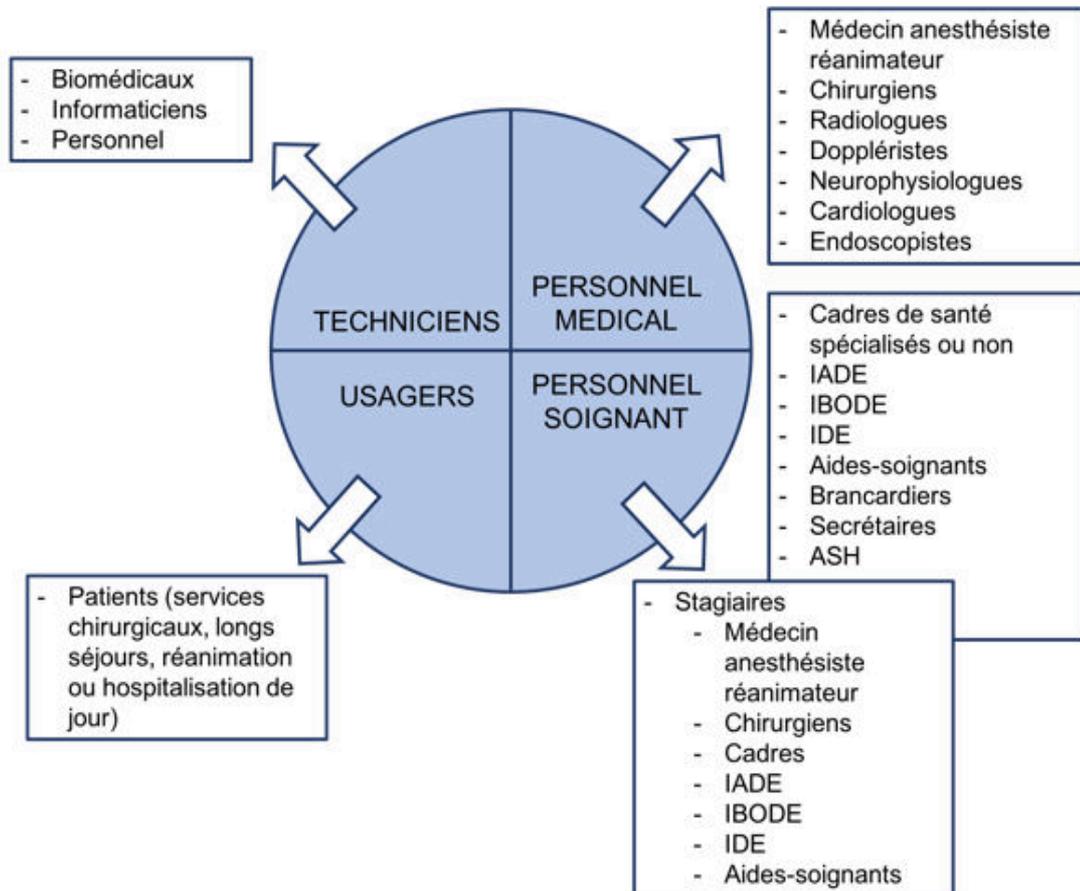
Annexe V : Secteurs d'activité des IADE en 2001



ANNEXE VI

L'environnement humain au bloc opératoire

Annexe VI : L'environnement humain au bloc opératoire



ANNEXE VII

Annexe II de l'arrêté du 23 juillet 2012

Annexe VII : La compétence 6. Annexe II de l'arrêté du 23 juillet 2012

Compétence 6 : **Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence intra et extra-hospitalière** et de la prise en charge de la douleur :

1. Recueillir et sélectionner les informations utiles aux différents interlocuteurs pour la conduite de l'anesthésie, de la réanimation, de la prise en charge pré hospitalière et de la prise en charge de la douleur du patient
2. Analyser les informations et observations transmises par les différents professionnels pour adapter la conduite de l'anesthésie, de la réanimation, de la prise en charge pré hospitalière et de la prise en charge de la douleur du patient
3. Organiser la sortie du patient de SSPI en prenant en compte son état, les informations médicales, les critères de sécurité pour le réveil et les moyens disponibles du service d'accueil
4. **Superviser et coordonner les actions mises en œuvre par les équipes en SSPI, réanimation et SMUR**
5. Apporter une expertise technique et transmettre des savoirs pour la mise en œuvre des gestes et techniques de réanimation, de sédation et d'analgésie en intra et extrahospitalier
6. Former les personnels de la SSPI à la prévention, la prise en charge, la surveillance et le traitement des risques liés à la période pré et post-interventionnelle
7. Définir et choisir des situations d'apprentissage dans le champ de l'anesthésie, de la réanimation, de la prise en charge pré hospitalière et de la prise en charge de la douleur
8. Superviser et évaluer en situation professionnelle les compétences d'une personne dans le champ de l'anesthésie-réanimation, de la prise en charge pré hospitalière, de la prise en charge de la douleur
9. **Coordonner ses actions avec l'ensemble des professionnels intervenant en site d'anesthésie, de réanimation et en intervention d'urgence extra-hospitalière**
10. Elaborer des documents d'information et de formation sur les activités des services d'anesthésie réanimation, urgences, prise en charge de la douleur

ANNEXE VIII

Le contenu de la formation IADE

Annexe VIII : Le contenu de la formation IADE

L'étudiant IADE acquiert au cours de sa formation des connaissances pratiques dans le secteur d'urgence-réanimation ; puisqu'il est dans l'obligation d'effectuer **un stage clinique au SMUR de minimum 4 semaines**. Il peut également être amené à faire un stage en service de réanimation.

Disciplines obligatoires	Durée minimale obligatoire par spécialité (semaines)
Anesthésie-réanimation en chirurgie viscérale : chirurgie générale, digestive, endoscopies, vasculaire, urologique, gynécologique ...	8
Anesthésie-réanimation en chirurgie céphalique tête-cou : ORL, ophtalmologie, maxillo-faciale, neurochirurgie ...	4
Anesthésie-réanimation en chirurgie orthopédique ou traumatologique.	4
Anesthésie-réanimation obstétricale.	4
Anesthésie-réanimation pédiatrique.	4
Prise en charge en pré-hospitalier (SMUR, urgence ...)	4
Prise en charge de la douleur, y compris sophrologie, hypnose ...	2
Stage au sein d'une équipe de recherche.	4

De plus, il a d'importants apports théoriques sur l'urgence-réanimation. La formation théorique se répartit en **sept grands domaines d'enseignement** :

1. Sciences humaines, sociales et droit ;
- 2. Sciences physiques, biologiques et médicales ;**
- 3. Fondamentaux de l'anesthésie, réanimation et urgence ;**
- 4. Exercice du métier d'IADE dans les domaines spécifiques ;**
5. Études et recherche en santé ;
6. Intégration des savoirs de l'IADE ;
7. Mémoire professionnel.

Nous nous intéressons ici aux unités d'enseignement (UE) des domaines 2, 3 et 4. Les UE.2 concernent en partie la pharmacologie de l'urgence, les UE.3. présentent les différentes **techniques d'anesthésie-réanimation et urgence**, et les UE.4. reprennent **la prise en charge spécifique des IADE dans le cadre de l'urgence et les techniques organisationnelles nécessaires à celle-ci**. Nous retenons principalement les UE.4.1.S3 et 4.2.S4 décrites dans les tableaux suivants :

UE 4 – Exercice du métier de l'infirmier anesthésiste dans des domaines spécifiques		
(185 h CM/TD + 50h TPG)		
UE 4.1 Pathologie et grands syndrômes		
Semestre 3	Compétence : 1,2,3,5,6	ECTS : 2
CM & TD : 45 H		
Objectifs :		
Objectif général:		
✓ Connaître les impératifs de prise en charge des patients en réanimation, urgence et pré hospitalier.		
Objectifs spécifiques :		
Connaître :		
✓ les principales défaillances et leur surveillance en situation d'urgence, de réanimation et en pré hospitalier.		
✓ les spécificités de l'anesthésie et de sa surveillance dans le contexte de l'urgence, de la réanimation et du pré hospitalier		
Éléments de contenu :		
L'urgence : définition, identification, types, niveaux, risques, décisions...y compris l'urgence extra hospitalière sur les défaillances cardiaques, respiratoires, neurologiques et métaboliques,		
✓ Les grandes défaillances en situation d'urgence :		
o Cardiovasculaires (troubles du rythme, arrêt circulatoire, syndrome coronarien aigu, crise hypertensive.....)		
o Respiratoires (décompensation broncho-pneumopathie obstructive, asthme, syndrome de détresse respiratoires aigues...)		
o Traumatiques (polytraumatisés, crush syndrome, blast, thoraciques, abdominaux, membres, rachis, crâniens.....)		
o Neurologiques (accident vasculaire cérébral, crises convulsives, comas non traumatiques.....)		
✓ Les grands brûlés		
✓ Les urgences pédiatriques		
✓ Les urgences obstétricales, l'accouchement inopiné		
✓ Les urgences infectieuses		
✓ Transfusion massive		
✓ Prise en charge en réanimation, au bloc opératoire d'un sujet en vue d'un prélèvement d'organes		
Intervenants : Universitaires dans les disciplines concernées, professionnels de l'anesthésie-réanimation et urgences et formateurs IADE.		
Mode d'évaluation :		
Evaluation écrite individuelle associant contrôle de connaissances et analyse de situation Associé UE 4.3.		

UE 4 – Exercice du métier de l'infirmier anesthésiste dans des domaines spécifiques		
UE 4.2 Techniques et Organisation des soins		
Semestre 4	Compétence : 1,2,3,4,5,6	ECTS : 2
CM & TD : 45 H		
Objectifs :		
Objectifs généraux		
Identifier les situations d'urgence et de réanimation		
Expliciter les conduites à tenir en situation d'urgence et de réanimation		
Objectifs spécifiques		
Identifier et définir les principales situations d'urgence		
Identifier et définir les principales situations de réanimation		
Détailler et argumenter la prise en charge et les techniques		
Hiérarchiser et argumenter les actions à mettre en œuvre		
Décrire une organisation efficace en situation d'urgence extra hospitalière et en situation de catastrophe		
Mettre en œuvre des soins d'urgence dans un environnement hospitalier et dans un environnement extra hospitalier		
Décrire le rôle de l'IADE dans la prise en charge et le transfert des patients.		
Connaître les différents plans de secours et identifier le rôle de l'IADE dans ces différents plans		
Éléments de contenu :		
<ul style="list-style-type: none"> • Les techniques de suppléances : <ul style="list-style-type: none"> o Les techniques respiratoires : ventilation de longue durée, techniques de sevrage ventilatoire, trachéotomie et les techniques de sauvetage..... o Techniques d'assistance cardio circulatoire o Techniques d'épuration extrarénales o Techniques d'épuration extra hépatiques o Alimentation entérale et parentérale • L'aide médicale urgente : Prise en charge et techniques dans tous les types d'urgence et leur mode de transport. <ul style="list-style-type: none"> o Les plans de secours o Anesthésie réanimation en situations particulières : pré hospitalier, médecine de catastrophe, humanitaire, secours en mer, secours en montagne o Réalisation d'un bilan fonctionnel et lésionnel d'une victime dans le cadre pré-hospitalier o Anesthésie sous la responsabilité d'un médecin non spécialiste en anesthésie dans le cadre pré-hospitalier. o Prise en charge de l'arrêt cardio-circulatoire et respiratoire o Electrocuton, électrisation, noyade, pendaison o Hypothermie accidentelle, les gelures o Intoxications médicamenteuses, au CO, aux produits chimiques, o Risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques o Urgences psychiatriques o Oxygénothérapie hyperbare • Les transports : <ul style="list-style-type: none"> o Transport primaire ou secondaire d'une victime selon le mode de locomotion. o Transport pédiatrique o Techniques d'immobilisation de blessés et relevage 		
Intervenants : Universitaires dans les disciplines concernées, professionnels de l'anesthésie-réanimation et urgences, formateurs IADE.		
Mode d'évaluation :		
Evaluation écrite individuelle associant contrôle de connaissances et analyse de situation		

ANNEXE IX

Les modules de l'AFGSU de niveau 2

Annexe IX : Les modules de l'AFGSU de niveau 2

La formation AFGSU de niveau 2 comporte trois modules : «

1. Un module, d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences vitales permettant :
 - D'identifier un arrêt cardiaque et de réaliser une réanimation cardiopulmonaire avec le matériel d'urgence prévu (chariot d'urgence, matériel embarqué...) en lien avec les recommandations médicales françaises de bonne pratique ;
 - De mettre en œuvre des appareils non invasifs de surveillance des paramètres vitaux ;
 - D'appliquer les procédures de maintenance et de matériovigilance des matériels d'urgence.

2. Un module d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences potentielles permettant :
 - D'utiliser le matériel d'immobilisation adapté à un traumatisme ;
 - D'enlever un casque intégral ;
 - D'effectuer un relevage et un brancardage ;
 - De faire face à un accouchement inopiné ;
 - D'appliquer les règles de protection face à un risque infectieux.

3. Un module, d'une durée de trois heures, sous forme d'un enseignement théorique et pratique relatif aux risques collectifs permettant :
 - De participer à la mise en œuvre des plans sanitaires ;
 - De s'intégrer dans la mise en œuvre des plans de secours et des plans blancs, selon le rôle prévu pour la profession exercée ;
 - D'identifier son rôle en cas d'activation des annexes NRBC, de se protéger par la tenue adaptée prévue. »

ANNEXE X

La prise en charge de l'ACIH détaillé

Annexe X : La prise en charge de l'ACIH détaillé

La reconnaissance immédiate de l'ACR :

La reconnaissance de l'ACR repose sur l'identification de trois éléments cliniques : l'inconscience, l'absence de ventilation, et l'absence de pouls.

Tout d'abord, nous devons évaluer la réactivité du patient. La personne qui découvre le patient lui demande d'exécuter des ordres simples : ouverture des yeux, réponses verbale et motrice. Il évalue ainsi l'état de conscience de ce dernier.

Ensuite, nous devons évaluer la respiration du patient. En cas d'inconscience, il faut placer le patient sur le dos et libérer ses voies aériennes en effectuant une bascule de sa tête en arrière en disposant les doigts sous le menton et une main sur le front. Le professionnel de santé approche sa joue de la bouche du patient pendant maximum 10 secondes en regardant si le thorax se soulève pour évaluer la présence d'un corps étranger ou l'absence d'air expiratoire contre sa joue. Il faut regarder, écouter et sentir d'éventuels signes de respiration. En l'absence de ces signes, il s'agit bien d'un arrêt de la ventilation.

Enfin, le professionnel évalue la circulation spontanée du patient. Le professionnel recherche la présence ou non d'un pouls carotidien pendant 10 secondes.

L'alerte immédiate de l'équipe de réanimation :

Une fois l'arrêt cardiaque reconnu, le professionnel de santé appelle ou fait appeler l'équipe de réanimation spécialisée. L'appel doit être passé par le biais d'un numéro unique dédié à la prise en charge de l'urgence vitale, qui est tracé dans un registre.

La RCP de base :

La réanimation de base doit être débutée le plus précocement possible. En général, en intrahospitalier le professionnel de santé est entouré d'autres collègues. Il peut appeler de l'aide de proximité. Par conséquent, ils peuvent agir en simultanée. Une personne débute le massage cardiaque externe immédiatement, une autre commence la ventilation, et d'autres apportent le chariot d'urgence et le défibrillateur, une autre personne donne l'alerte si ce n'est pas encore fait. La RCP de base comprend : le massage cardiaque externe (MCE), la ventilation, et la défibrillation.



Algorithme de la RCP de base

Le massage cardiaque externe est prioritaire, c'est la première manœuvre à mettre en place. Lorsque la circulation sanguine s'arrête suite à un ACR, le sang reste oxygéné pendant quelques minutes. Le massage permet d'assurer une circulation cérébrale et coronaire minimale. La qualité du MCE repose sur un ensemble de critères à respecter :

- Il est réalisé sur un plan dur ;
- Les mains doivent être positionnées sur la moitié inférieure du thorax ;
- L'amplitude des compressions thoraciques doivent atteindre une profondeur d'environ 5 cm chez l'adulte de taille moyenne ;
- La fréquence des compressions thoraciques doit être comprises entre 100 et 120 compressions par minute en limitant les interruptions autant que possible ;
- A chaque fin de compression, il faut assurer un relâchement thoracique complet et ne pas rester appuyé sur la poitrine ;
- Afin de rester optimal, la personne qui effectue le massage cardiaque doit changer toutes les 2 minutes mais en limitant les interruptions des compressions pendant le relais.

Le deuxième élément important de la RCP intrahospitalière est la ventilation. Elle doit être débutée après avoir réalisé 30 compressions thoraciques à l'aide d'un masque facial et d'un ballon auto-remplisseur relié à une source d'oxygène. Il est recommandé d'effectuer 2 insufflations pour 30 compressions thoraciques. Un cycle de RCP correspond au rapport 30/2.

Le professionnel de santé assure la perméabilité des voies aériennes en positionnant la tête du patient en hyperextension et en sub-luxant la mandibule. Si besoin, il peut utiliser une canule de Guedel.

Chaque insufflation doit être réalisée pendant environ 1 seconde, avec un volume d'air d'environ 500-600 ml (6-7 ml/kg) pour permettre l'élévation de la cage thoracique du patient. L'interruption des compressions thoraciques pour effectuer les deux insufflations ne doit pas excéder 10 secondes.

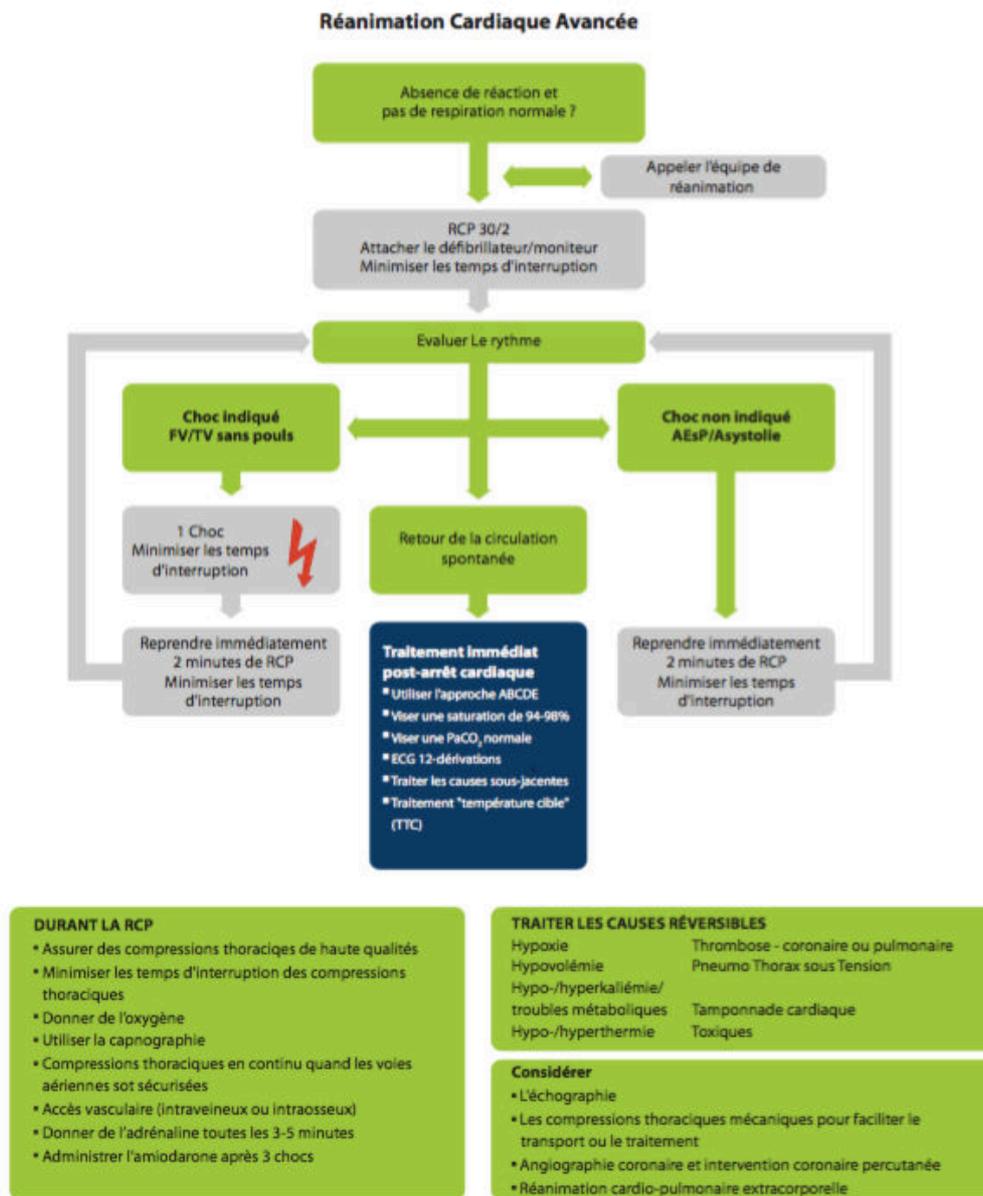
La ventilation est une manœuvre difficile. Si le professionnel ne dispose pas du matériel nécessaire à la ventilation, il vaut mieux alors réaliser un MCE continu de qualité jusqu'à l'arrivée de l'équipe de réanimation spécialisée.

Il existe deux types de défibrillateurs : automatique externe et manuel. Le défibrillateur semi-automatique (DSA) ou entièrement automatisé (DEA) analysent eux-mêmes le rythme cardiaque. A l'aide d'une commande vocale, le DSA demande au professionnel de déclencher le choc externe. Le DEA délivre le choc externe automatiquement. Ces appareils calculent eux-mêmes l'énergie à délivrer en fonction de l'impédance thoracique du patient.

Si le professionnel dispose d'un DSA, il doit installer les patchs ou les palettes en priorité sans arrêter les compressions thoraciques. S'il ne dispose que d'un défibrillateur manuel, le soignant doit installer un autre système d'analyse du rythme cardiaque (ECG, scope) avant l'arrivée de l'équipe de réanimation spécialisée pour diminuer le délai d'analyse du rythme et de défibrillation. En effet, la pause entre l'arrêt du massage cardiaque et la délivrance du choc externe doit être inférieure à 5 secondes. Il faut ensuite reprendre immédiatement les compressions thoraciques pendant 2 minutes, et analyser ensuite le rythme au cours d'une courte pause.

La RCP spécialisée :

D'une manière générale, l'équipe de réanimation spécialisée doit identifier la cause de l'ACR. Il peut s'agir d'un choc anaphylactique, d'un choc hypovolémique ou par exemple d'une embolie pulmonaire. L'équipe de réanimation spécialisée adapte la prise en charge selon l'étiologie de l'ACR. Ainsi, l'algorithme de la réanimation avancée reprend celui de la réanimation de base plus des interventions spécifiques.



RCP : réanimation cardio-pulmonaire ; FV/TVsP : fibrillation ventriculaire/tachycardie ventriculaire sans pouls ; AEsP : activité électrique sans pouls ; ABCDE : *A*irway, *B*reathing, *C*irculation, *D*isability, *E*xposure ; SaO₂ : saturation en oxygène ; PaCO₂ : pression partielle en dioxyde de carbone dans le sang artériel ; ECG : électrocardiogramme.

Algorithme de réanimation spécialisée

Les recommandations pour la défibrillation sont les mêmes que pour la RCP de base sauf que l'équipe de réanimation tient compte des différents types de rythme. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, deux types de rythme peuvent être enregistrés lors d'un ACR : les rythmes choquables (FV/TV) ou non choquables (Asystolie, DEM). Même si la prévalence des rythmes non choquables est plus importante en intrahospitalier, il est nécessaire d'installer le défibrillateur car l'asystolie ou la DEM initiale peut évoluer vers une FV ou une TV.

En cas de FV ou TV, il faut délivrer un seul CEE de 150J si c'est un défibrillateur biphasique ou 360J si c'est un monophasique. Il faut ensuite reprendre immédiatement la RCP pendant 2 minutes avant l'analyse du rythme suivante.

Si la FV ou TV persiste, il faut réaliser 5 cycles de RCP puis de nouveau un CEE et injecter 1mg d'adrénaline toutes les 3-5 minutes. Au bout du 3^{ème} choc, si la FV ou la TV est toujours réfractaire, il faut injecter 1mg d'adrénaline et 300mg d'amiodarone. En cas d'échec, les chocs sont alternés avec les périodes de RCP et l'injection de bolus supplémentaire de 1mg d'adrénaline, ainsi qu'une seconde et dernière dose de 150 mg d'amiodarone.

En cas de rythme non choquable, il faut administrer 1mg d'adrénaline toutes les 3-5 minutes jusqu'à obtention d'un retour d'une activité cardiocirculatoire spontanée (RACS), puis reprendre la RCP.

Au cours de la RCP, le patient doit être monitoré. Il faut surveiller l'efficacité du MCE.

Concernant la ventilation, jusqu'à présent l'intubation oro-trachéale (IOT) représentait la méthode la plus efficace pour assurer l'accès aux voies aériennes.

Elle doit être effectuée seulement par une personne expérimentée. Les compressions thoraciques ne doivent pas être interrompues pendant la laryngoscopie mais autorisée pour l'introduction de la sonde d'intubation. Après l'intubation et la confirmation de la bonne position du tube par l'auscultation pulmonaire ou la courbe de capnographie, le MCE doit être repris en continu. L'IOT n'est pas un geste indispensable dans l'immédiat. Elle peut être retardée jusqu'au RACS tant que la ventilation est efficace. En effet, aucune étude n'a montré que l'intubation augmente le taux de survie après un ACR.

En première intention, l'équipe de réanimation pose une voie veineuse périphérique si cela n'est pas déjà fait. Si l'abord veineux périphérique est impossible, la voie intra-osseuse est recommandée en deuxième intention.

Le médicament de choix dans le traitement de l'ACR est l'adrénaline. La dose initiale à injecter est de 1mg quelque soit le type d'ACR et à répéter toutes les 3 à 5 minutes pendant la RCP. L'adrénaline est un vasopresseur qui a un effet alpha adrénergique. Son action vasoconstrictrice augmente la pression de perfusion myocardique et le débit sanguin cérébral.

Nous pouvons également utiliser l'amiodarone. C'est un médicament anti-arythmique qui semble améliorer le taux de survie après un ACR en cas de TV ou de FV. Elle est recommandée à la dose initiale de 300mg après le 3^{ème} CEE. Elle peut être renouvelée une fois à la dose de 150mg. En parallèle, il faut assurer un remplissage optimal par cristaalloïdes en première intention puisqu'une des causes possibles de l'ACR est l'hypovolémie.

ANNEXE XI

La table de passage

Annexe XI : La table de passage

Problématique	Dimensions/indicateurs	Questions-relances
<p>IADE intervenant dans la CSIH, donc dans le cadre de l'ACIH ; IDE ayant vécu au moins un ACIH, exerçant en service de soins généraux.</p>	<p>Démographie, lieux d'exercice Hétérogénéité des années d'expérience (de novice à expert).</p>	<p>Données démographiques : Âge, sexe, fonction, années d'expérience, parcours professionnel Depuis quand êtes-vous diplômés ? Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ? Avez-vous travaillé dans d'autres services ? Lesquels ? Combien de situations d'ACR avez-vous rencontrés ? A quand remonte la dernière situation d'ACR ? Si vous êtes IADE, intervenez-vous régulièrement dans la CSIH ?</p>
<p>Hypothèse 1 : « <i>La formation in situ des professionnels de l'équipe de service par l'IADE contribue au développement des compétences collectives pour assurer la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire</i> »</p>		
<p>Formation continue in situ = apprentissage expérientiel, formation dans et sur l'action</p>	<p>Etat de la formation Manque/Besoin de connaissances, de compétences/Besoin en formation Apprentissage de savoirs, savoir-faire, savoir être Partage de savoirs, d'expérience Formation obligatoire ou facultative Fréquentation des formations Type et contenu de la formation (théorique, pratique, travail en équipe, organisation)</p>	<p>Comment êtes-vous formés à l'ACR à la prise en charge de l'ACR ? Quelle est votre dernière formation à l'urgence ? A quand remonte-t-elle ? Avez-vous l'AFGSU ? Depuis quand ? A-t-il été réactualisé ? Quand ? Avez-vous des activités de secourisme ? Y a-t-il quelque chose qui vous a manqué ? interpellé ? gêné ? Si oui, qu'est-ce qui vous a fait défaut ? Comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge de l'ACIH ? au travers de quels outils ?</p>

	<p>Outils de formation : simulation, cours théoriques, pratiques</p> <p>Faire acquérir des ressources (connaissances, savoir-faire, etc.), entraîner à combiner ses ressources pour répondre à des situations imprévues,</p> <p>Tirer des leçons de l'expérience (Cf. débriefing : indicateurs de réflexivité).</p>	<p>Selon vous, l'IADE a-t-il un rôle auprès de vous ? Si oui, lequel ?</p> <p>A votre avis, en quoi consiste le rôle de l'IADE auprès des professionnels de santé du service et de l'équipe de réanimation spécialisée lors de la prise en charge de l'ACIH ?</p>
<p>Hypothèse 2 : « La mise en place d'un débriefing par l'IADE contribue à l'émergence des compétences collectives pour rendre la prise en charge de l'ACR optimum »</p>		
<p>Débriefing = pratique communicationnelle et réflexive (= élément clé de l'apprentissage et de l'acquisition des connaissances qui mènent à la compétence.) et retour d'expérience</p>	<p>Temps dédié à la discussion pendant et après réanimation</p> <p>Communication en équipe</p> <p>Analyse critique de la situation, des actions</p> <p>Identifier problèmes</p> <p>Résoudre les problèmes</p> <p>Proposer des pistes d'action</p> <p>Defusing/Discovering/Deepening</p> <p>Type de débriefing, objectifs (technique, psychologique)</p> <p>A quel moment : pendant ou après l'action</p> <p>Langage commun</p> <p>Engagement social</p>	<p>Mettez-vous en place des temps d'échanges, de retour d'expérience sur les actions qui ont eu lieu au cours de la prise en charge de l'urgence vitale ?</p> <p>Partagez-vous vos connaissances ? Votre expérience ?</p> <p>Echangez-vous sur ce qui a été et n'a pas été ? Ce qui pourrait être amélioré ?</p> <p>Y a-t-il quelque chose qui vous a manqué ? interpellé ? gêné ? Si oui, qu'est-ce qui vous a fait défaut ?</p> <p>Comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge de l'ACIH ? Au travers de quels outils ?</p> <p>Quelles qualités à l'IADE pour faire face à un ACR en équipe ?</p> <p>Selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir dans des situations d'urgence ?</p>

	<p>3 phases majeures :</p> <p>Font preuve de réflexivité :</p> <p>Prise de recul</p> <p>Réflexion avant l'action, pendant l'action et après l'action.</p> <p>Analyse de la situation</p> <p>Intégrer l'expérience dans les connaissances</p> <p>Boucle d'apprentissage expérientiel (4 temps).</p>	<p>Quel est votre positionnement face à la gestion d'un événement imprévu ?</p> <p>Quels sont les points essentiels dans la prise en charge de l'ACR ?</p> <p>Quelles méthodes/stratégies mettez-vous en place lorsque vous vous retrouvez face à une personne en arrêt cardiaque pour prendre les bonnes décisions en un temps limité ?</p> <p>Selon vous, l'IADE a-t-il un rôle auprès de vous ? Si oui, lequel ?</p> <p>A votre avis, en quoi consiste le rôle de l'IADE auprès des professionnels de santé du service et de l'équipe de réanimation spécialisée lors de la prise en charge de l'ACIH ?</p>
Commun aux deux hypothèses		
<p>Compétences collectives = compétences individuelles + travail en équipe</p>	<p>Impliquer les différents professionnels</p> <p>Travailler en équipe</p> <p>Relation MAR/IADE</p> <p>Coopération</p> <p>Collaboration</p> <p>Cohésion</p> <p>Complémentarité</p> <p>Confiance</p> <p>Décisions en équipe</p> <p>Freins, obstacles et facilitateur au travail en équipe, à la coopération</p>	<p>Impliquez-vous les professionnels du service déjà sur place ? En quoi les impliquez-vous ou ne les impliquez pas ?</p> <p>Lors des ACR que vous avez rencontrés, avez-vous été impliqués par l'équipe de réanimation spécialisée ?</p> <p>Si oui, qu'est-ce que cela vous a apporté ou pas apporté ?</p> <p>Si non, est-ce que ça vous a manqué ?</p> <p>Comment s'organise la prise en charge de l'ACR ?</p> <p>Quels sont les points importants nécessaires pour permettre un travail en équipe optimal ?</p>

	<p>Synergie des compétences individuelles</p> <p>Répartition des rôles (leadership, followership)</p> <p>Objectif commun</p> <p>Communication (langage commun), capacités relationnelles</p> <p>Posture professionnelle et langage et vocabulaire adaptés, positifs</p>	<p>D'après votre expérience, quelles difficultés peuvent rencontrer les équipes dans le cadre d'un ACIH ? De quelles ressources disposent-ils face à ces difficultés ?</p> <p>Comment définiriez-vous le travail d'équipe ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous semble indispensable au sein d'une équipe ?</p> <p>Selon vous, quelle est l'attitude que doit adopter l'IADE au sein d'une équipe de réanimation spécialisée et vis-à-vis de l'équipe du service lors de la prise en charge d'un patient en arrêt cardiaque en service d'hospitalisation ?</p> <p>Selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir dans des situations d'urgence ? Quelles qualités liées au savoir-être ?</p> <p>Comment gérez-vous le stress induits par l'ACR ? Qu'est ce qui pourrait vous aider pour mieux le gérer ?</p>
--	---	--

ANNEXE XII

Les guides d'entretien

Annexe XII : Les guides d'entretien

Guide d'entretien pour IDE

Je suis Melle Amandine BOULEFRAKH, étudiante à l'École d'Infirmier Anesthésiste du Centre Hospitalier Universitaire de Reims. Dans le cadre de la deuxième année nous effectuons un mémoire professionnel. Le thème de mon travail de recherche porte sur le rôle de l'IADE dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque intrahospitalier (ACIH). Pour enrichir mon travail sur ce thème, j'aimerais donc m'entretenir avec vous pendant 30 à 45 minutes environs. Je respecterais l'anonymat et la confidentialité de nos échanges.

1. Quel âge avez-vous ?
2. a) Depuis quand êtes-vous diplômés ?

b) Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ? Avez-vous exercé dans d'autres services auparavant ? Si oui, lesquels ?

c) Avez-vous des activités en lien avec le secourisme en dehors de votre profession d'infirmière ? Si oui, lesquelles ?
3. a) Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire ?

Relances :

- ⚡ Quelle est votre dernière formation ? A quand remonte-t-elle ? Etait-elle sur votre temps de travail ou en dehors ? Où a-t-elle eu lieu ? Par qui a-t-elle été donnée ?
- ⚡ Sous quelle forme a eu lieu la formation ? Le contenu de la formation répond-il à vos besoins et à vos attentes ? Si non, pour quelles raisons ? Qu'est-ce qui vous a manqué ?
- b) Pensez-vous que votre formation actuelle est suffisante ? Et en quoi est-elle ou n'est-elle pas suffisante ?

Relances :

- ⚡ Estimez-vous que la fréquence de la formation continue à la prise en charge de l'ACR proposée par votre établissement est suffisante ? Si non, à quelle fréquence les formations vous semblent-elles nécessaires ?

F. Chardein
valide

Le 11/06/18



4. a) Combien de situations d'ACR avez-vous rencontré au cours de votre pratique ?
b) A quand remonte la dernière situation d'ACR que vous avez pris en charge ?
5. Comment fonctionne la CSIH dans votre établissement ? Qui compose l'équipe de réanimation spécialisée ?
6. Pouvez-vous me décrire la prise en charge d'un ACIH que vous avez vécu dans votre activité professionnelle ?

Relances :

- ↳ Comment faites-vous ?
 - ↳ Qu'est-ce qui vous guide dans vos décisions ?
 - ↳ Selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir dans des situations d'urgence ? Quelles qualités liées au savoir-être sont nécessaires ?
 - ↳ Comment vous positionnez-vous ? Quel est votre rôle avant l'arrivée de l'équipe de réanimation spécialisée ? Et après l'arrivée de l'équipe de réanimation spécialisée ?
 - ↳ Vous me parlez d'équipe/de répartition des tâches (...) Pouvez-vous m'en dire plus ? (Comment définiriez-vous le travail en équipe ? Comment s'organise-t-il dans le cadre de l'ACR ? Qu'est-ce qui vous semble indispensable au sein d'une équipe ?)
 - ↳ Lors des ACR que vous avez rencontrés, avez-vous été impliqués par l'équipe de réanimation spécialisée ?
Si oui, qu'est-ce que cela vous a apporté ou pas apporté ?
Si non, est-ce que cela vous a manqué ? En quoi cela vous a manqué ou pas manqué ?
7. a) Avez-vous vécu des situations d'ACIH difficiles ? En quoi avez-vous rencontré des difficultés ?

Relances :

- ↳ Comment était organisée la prise en charge du patient en ACR ? (Lors de la RCP de base, étiez-vous seule pour prendre en charge le patient ? Si non, combien étiez-vous ? Que pensez-vous de ce chiffre ?)
 - ↳ Était-ce efficace ? Coordinné ?
- b) Qu'est-ce que vous auriez aimé comme ressources pour pallier à ces difficultés ?

8. a) Comment vivez-vous la prise en charge de l'ACR avant, pendant et à posteriori ?

Relances :

- ✦ Vous arrive-t-il de repenser à la situation ? Si oui, depuis combien de temps ?
- ✦ Avez-vous des flashes de cette situation ? Quelles sont les circonstances de survenue de ces flashes ?
- ✦ Comment gérez-vous les difficultés rencontrées et le stress induit par l'ACR ? Qu'est ce qui pourrait vous aider pour mieux les gérer ?

b) Réfléchissez-vous à la prise en charge de l'ACR avant, pendant, à posteriori ? Comment faites-vous ?

Relances :

- ✦ En parlez-vous avec d'autres professionnels ? Lesquels ? Comment faites-vous ? Est-ce un temps formalisé ?
- ✦ Faites-vous des recherches pour mieux comprendre la situation ? Qu'est-ce que cela vous apporte ? Cela vous permet-il de mieux appréhender les situations rencontrées ?
- ✦ Actualisez-vous vos connaissances et les gestes techniques à la prise en charge de l'ACR ? Si oui, comment faites-vous ? (Seul ? en équipe ? Justifiez). Si non, pour quelles raisons ?

c) Cela a-t-il modifié vos pratiques ? Si oui, en quoi cela a-t-il modifié vos pratiques ? Si non, pour quelles raisons ?

9) Selon vous, l'IADE a-t-il un rôle auprès de vous ? Si oui, lequel ?

- ✦ Comment percevez-vous l'équipe de réanimation et notamment l'IADE ?
- ✦ Qu'attendez-vous de l'équipe de réanimation spécialisée et notamment de l'IADE ?

10) a) A votre avis, comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge de l'ACIH ?

b) Au travers de quels outils ? Justifiez.

Guide d'entretien pour IADE

Je suis Melle Amandine BOULEFRAKH, étudiante à l'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du Centre Hospitalier Universitaire de Reims. Dans le cadre de la deuxième année nous effectuons un mémoire professionnel. Le thème de mon travail de recherche porte sur le rôle de l'IADE dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque intrahospitalier (ACIH). Pour enrichir mon travail sur ce thème, j'aimerais donc m'entretenir avec vous pendant 30 à 45 minutes environs. Je respecterais l'anonymat et la confidentialité de nos échanges.

1. Quel âge avez-vous ?

2. a) Depuis quand êtes-vous diplômés ?

b) Depuis combien de temps êtes-vous dans ce secteur ? Avez-vous exercé dans d'autres secteurs auparavant ? Si oui, lesquels ?

c) Avez-vous des activités en lien avec le secourisme en dehors de votre profession d'infirmier(e) anesthésiste ? Si oui, lesquelles ?

3. a) Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) ?

Relances :

- ⚡ Quelle est votre dernière formation ? A quand remonte-t-elle ? Etait-elle sur votre temps de travail ou en dehors ? Où a-t-elle eu lieu ? Par qui a-t-elle été donnée ?
- ⚡ Sous quelle forme a eu lieu la formation ? Le contenu de la formation répond-il à vos besoins et à vos attentes ? Si non, pour quelles raisons ? Qu'est-ce qui vous a manqué ?

b) Pensez-vous que votre formation actuelle est suffisante ? Et en quoi est-elle ou n'est-elle pas suffisante ?

Relances :

- ⚡ Estimez-vous que la fréquence de la formation continue à la prise en charge de l'ACR proposée par votre établissement est suffisante ? Si non, à quelle fréquence les formations vous semblent-elles nécessaires ?

- 4. a) A quelle fréquence intervenez-vous dans la CSIH et notamment dans la prise en charge de l'ACR ?

F. Juchain
valide

le 11/06/18



b) A quand remonte la dernière situation d'ACIH que vous avez pris en charge ?

5. Comment fonctionne la CSIH dans votre établissement ? Qui compose l'équipe de réanimation spécialisée ?
6. Pouvez-vous me décrire la prise en charge d'un ACIH que vous avez vécu dans votre activité professionnelle ?

Relances :

- ⚡ Comment s'organise-t-elle ?
- ⚡ Comment faites-vous ?
- ⚡ Qu'est-ce qui vous guide dans vos décisions ?
- ⚡ Selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir dans des situations d'urgence ? Quelles qualités liées au savoir-être sont nécessaires ?
- ⚡ Comment vous positionnez-vous ? Quel est votre rôle à votre arrivée dans le service de médecine ou de chirurgie où a lieu l'ACR ? Et après l'ACR ?
- ⚡ Vous me parlez d'équipe/de répartition des tâches (...) Pouvez-vous m'en dire plus ? (Comment définiriez-vous le travail en équipe ? Comment s'organise-t-il dans le cadre de l'ACIH ? Qu'est-ce qui vous semble indispensable au sein d'une équipe ?)
- ⚡ Lors d'un ACIH, impliquez-vous les professionnels du service déjà sur place ? En quoi les impliquez-vous ou ne les impliquez-vous pas ?

7. a) Avez-vous vécu des situations d'ACIH difficiles ? En quoi avez-vous rencontré des difficultés ?

Relances :

- ⚡ Comment était organisée la prise en charge du patient en ACR ? (Lorsque vous intervenez dans le cadre d'un ACIH en service de médecine ou de chirurgie, d'une manière générale combien de personnes environ sont présentes pour la RCP de base ? Qui sont-ils le plus souvent ? Que pensez-vous de ce chiffre ?)
- ⚡ Etait-ce efficace ? Coordonné ?

b) Qu'est-ce que vous auriez aimé comme ressources pour pallier à ces difficultés ?

8. a) Comment vivez-vous la prise en charge de l'ACR avant, pendant et à posteriori ?

Relances :

- ⚡ Vous arrive-t-il de repenser à la situation ? Si oui, depuis combien de temps ?
- ⚡ Avez-vous des flashes de cette situation ? Quelles sont les circonstances de survenue de ces flashes ?
- ⚡ Comment gérez-vous les difficultés rencontrées et le stress induit par l'ACR ?
Qu'est ce qui pourrait vous aider pour mieux les gérer ?

- b) Réfléchissez-vous à la prise en charge de l'ACR avant, pendant, à posteriori ?
Comment faites-vous ?

Relances :

- ⚡ En parlez-vous avec d'autres professionnels ? Lesquels ? Comment faites-vous ? Est-ce un temps formalisé ?
- ⚡ Faites-vous des recherches pour mieux comprendre la situation ? Qu'est-ce que cela vous apporte ? Cela vous permet-il de mieux appréhender les situations rencontrées ?
- ⚡ Actualisez-vous vos connaissances et les gestes techniques à la prise en charge de l'ACR ? Si oui, comment faites-vous ? (Seul ? en équipe ? Justifiez.).
Si non, pour quelles raisons ?

- c) Cela a-t-il modifié vos pratiques ? Si oui, en quoi cela a-t-il modifié vos pratiques ? Si non, pour quelles raisons ?

9. A votre avis, en quoi consiste le rôle de l'IADE auprès des professionnels de santé du service et de l'équipe de réanimation spécialisée lors de la prise en charge de l'ACIH ?

Relances :

- ⚡ En tant qu'IADE, partagez-vous vos connaissances et votre expérience avec l'équipe du service et notamment les infirmières ? Comment vous vous y prenez ?

10. a) A votre avis, comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge de l'ACIH ?

- b) Au travers de quels outils ? Justifiez.

ANNEXE XIII

Les retranscriptions des entretiens

1 Annexe XIII : Les retranscriptions des entretiens

2 Transcription entretien IADE 1 : 45 min et 35 sec - 20 avril 2018.

3
4 Homme, IADE en service de Réanimation et SMUR (50% 50%) d'un centre hospitalier
5 universitaire.

6 (Début de l'enregistrement).

7 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?

8 **IADE 1** : 50 ans.

9 **Enquêteur** : Depuis quand êtes-vous diplômés infirmier ? Et depuis quand êtes-vous diplômés
10 IADE ?

11 **IADE 1** : Euh infirmier ... ça doit dater de 91. Je crois. Et IADE 97.

12 **Enquêteur** : Depuis combien de temps êtes-vous dans ce secteur SMUR-Réanimation ?

13 **IADE 1** : Depuis 91.

14 **Enquêteur** : D'accord. Du coup, avez-vous quand même exercé dans d'autres secteurs ?

15 **IADE 1** : Oui en fait j'ai fait trois mois dans un service de gastro. Après j'ai fait un an de SMUR
16 à la BSPP à Paris et puis après je suis arrivé ici.

17 **Enquêteur** : Ok, est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en dehors de
18 votre profession d'IADE ?

19 **IADE 1** : Non pas du tout.

20 **Enquêteur** : D'accord. Euh. **Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt**
21 **cardiaque ?**

22 **IADE 1** : (Silence) Dans le service ou à l'école ?

23 **Enquêteur** : Les deux. Depuis l'école d'infirmier jusqu'à maintenant comment vous avez-été
24 formés à l'ACR ?

25 **IADE 1** : Comment j'ai été formé ? Euh... ça a commencé euh aux pompiers de Paris. Donc
26 je suis passé du statut euh en fait je sortais de l'école d'infirmier. A savoir qu'en sortant de
27 l'école je me suis retrouvé dans les SMUR après 24h de formation.

28 **Enquêteur** : D'accord.

29 **IADE 1** : C'est-à-dire que j'ai suivi le mouvement. J'ai fait ce qu'on m'avait appris et puis j'ai
30 appris moi-même dans les bouquins pour savoir si ce que je faisais c'était bien fait. Et c'est
31 une des raisons alors ... enfin je ne parle pas que de l'arrêt cardiaque mais en tout cas après
32 la BSPP je suis arrivé en réa où j'ai vu la prise en charge des arrêts ... des arrêts en post-
33 SMUR en me disant qu'il y avait quand même des choses euh que j'avais certainement pas
34 compris avant et que je comprenais mieux maintenant mais je n'étais pas non plus
35 complètement satisfait. C'est une des raisons aussi qui m'a poussé à faire l'école d'IADE pour
36 pouvoir continuer à faire du SMUR dans de meilleures conditions ... techniquement mais aussi

37 sur la compréhension du réveil et de la prise en charge du patient et notamment sur l'arrêt
38 cardio-respiratoire.

39 **Enquêteur** : D'accord, quand vous avez fait l'école d'infirmier, il n'y avait pas encore la mise
40 en place de l'AFGSU, du coup aviez-vous une autre formation à l'urgence ?

41 **IADE 1** : Non on n'avait pas l'AFGSU.

42 **Enquêteur** : Il y'avait-il un autre diplôme obligatoire de secourisme ?

43 **IADE 1** : Enfin oui, ça s'appelait peut-être le secourisme à l'école mais euh j'en ai un vague
44 souvenir ça a dû se faire peut-être sur une journée mais c'était vraiment ... j'ai pas le souvenir
45 d'avoir appris grand-chose sur ce plan-là à l'école et euh ... voilà j'ai vraiment appris moi-
46 même ... c'est plus de l'apprentissage sur le terrain qu'à l'école.

47 **Enquêteur** : Et du coup l'école d'IADE vous a apporté quoi de plus par rapport à l'urgence
48 réanimation ?

49 **IADE 1** : Ba déjà des meilleures connaissances au niveau pharmaco, les gestes techniques
50 sur les voies d'abord, sur la ventilation, sur l'intubation ... puis sur la prise en charge globale
51 du patient. Et puis euh ce qui m'a appris beaucoup c'est la prise en charge réanimatoire c'est-
52 à-dire que quand on fait que du SMUR on a une vision euh très limitée de la prise en charge
53 des patients avec la réa on en apprend beaucoup plus déjà parce que en fait les urgentistes
54 et les réanimateurs n'ont pas du tout la même prise en charge et la même vision. C'est-à-dire
55 que sachant la prise en charge dans les 24-48h qui suivent l'arrêt on conditionne aussi nos
56 patients en SMUR en fonction de ce qui se passe derrière. On a une autre vision je pense en
57 faisant ces deux activités.

58 **Enquêteur** : D'accord. Et depuis le diplôme d'IADE vous avez eu des formations à l'arrêt
59 cardiaque ? Officielles ? Ou encore une fois c'était un apprentissage de terrain ?

60 **IADE 1** : Aucune à part celle de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire chez le
61 nouveau-né. J'ai fait une formation à Saint-Germain sur la prise en charge pédiatrique ... chez
62 l'adulte euh ça a été ... c'est une formation ... (silence) enfin une formation ! C'est nous qui
63 cherchons les informations et qui prenons contact avec les réanimateurs. C'est par le dialogue
64 en fait. Mais pas de formation organisée ni institutionnelle.

65 **Enquêteur** : Et pensez-vous que votre formation est suffisante ?

66 **IADE 1** : Je pense qu'au sein du CHU il faut faire des formations institutionnelles. On est quand
67 même des services ... enfin que ce soit SMUR ou réa ... où on est confronté régulièrement à
68 ce type de pathologie et je pense que des remises à niveau régulières au niveau du service
69 ouais ça pourrait être intéressant. Peut-être sous forme de comment euh des salles de
70 simulations je pense que c'est une façon de se remettre en cause ... et peut-être ... on n'a
71 pas forcément toujours des bonnes habitudes qui peuvent se changer. Mais voilà en gros je
72 pense qu'une fois qu'on est diplômé chacun est libre de se former on est même dans
73 l'obligation de se former.

74 **Enquêteur** : Et à quand remonte le dernier arrêt cardiaque intrahospitalier que vous avez pris
75 en charge ?

76 **IADE 1** : Intrahospitalier ? (Silence). Ça doit faire euh le dernier c'était dans le service ici en
77 réa donc ça doit faire un mois un mois et demi à peu près.

78 **Enquêteur** : Et vous en avez eu également en service de médecine ou de chirurgie ?

79 **IADE 1** : Quand on est en SMUR ça nous arrive régulièrement d'intervenir dans les services
80 oui ... pour les gens qui sont en arrêt cardio-respiratoire.

81 **Enquêteur** : Au sein de votre établissement, comment fonctionne la chaîne de survie
82 intrahospitalière ?

83 **IADE 1** : Alors il y a deux procédures pour ce type de patient. Euh. Il y a la procédure qui est
84 sur l'hôpital Maison Blanche et y a la procédure sur l'hôpital Robert Debré. Pour ce qui est de
85 l'hôpital Robert Debré dans un premier temps c'est l'équipe de réanimation de l'URP qui va
86 intervenir et secondairement nous. Et sur Maison Blanche c'est donc l'équipe de SMUR qui
87 interviendra directement dans les services.

88 **Enquêteur** : Et ces équipes de réanimation sont composées comment ?

89 **IADE 1** : Alors sur l'URP c'est l'interne de réa ou le réa en fonction de l'ancienneté plus l'IADE
90 ou l'infirmière en fonction de leur disponibilité et euh sur le SMUR on va avoir un urgentiste un
91 IADE ou une infirmière et un ambulancier.

92 **Enquêteur** : Humm. Est-ce que vous pouvez me décrire la prise en charge d'un arrêt
93 cardiaque en service que vous avez vécu au cours de votre activité professionnelle ?

94 **IADE 1** : Notre prise en charge ou la prise en charge avant qu'on arrive ?

95 **Enquêteur** : L'ensemble de la prise en charge et notamment comment elle s'est organisée à
96 votre arrivée.

97 **IADE 1** : Alors faut savoir que dans la majorité des cas hormis le massage cardiaque et encore
98 qui est entrepris et éventuellement la voie d'abord il y a très peu de choses qui sont faites.
99 Donc quand on arrive. Donc euh quand on arrive on se répartit les choses. Y'en a un qui va
100 se mettre à la tête, un qui va gérer la voie d'abord et tout ce qui est médicament. Et l'autre se
101 chargera de mettre en place la planche à masser qu'on a depuis maintenant à peu près deux
102 ans. En général c'est l'ambulancier qui gère ça il la met très rapidement. Pendant que les deux
103 autres gèrent le reste un à la tête et un à la voie d'abord.

104 **Enquêteur** : Vous me dites que vous vous répartissez les tâches. Comment faites-vous ?
105 Comment vous prenez les décisions ?

106 **IADE 1** : Euh très souvent s'il n'y a pas de voie d'abord c'est nous en tant qu'IADE qui sommes
107 dédiés à ça parce que ... on a plus d'expérience et de dextérité que les urgentistes. Euh s'il y
108 a déjà une voie d'abord humm on peut prendre l'initiative de se mettre à la tête et puis à ce
109 moment-là l'urgentiste il va gérer un petit peu ... déjà savoir quelle est la pathologie du patient
110 les antécédents etc. pour pouvoir orienter la réa. Et puis en cas de difficultés d'intubation de

111 l'urgentiste on se met à la tête. Après la répartition des fois sans parler celui qui a le matériel
112 il se met là il doit être. Il n'y a pas de concurrence à avoir le principal c'est de gérer le patient
113 et euh ... c'est ce qu'il y a de plus important.

114 **Enquêteur** : D'accord. Et vous en tant qu'IADE vous vous positionnez comment dans cette
115 réanimation ?

116 **IADE 1** : C'est euh je pense qu'on n'a pas de poste attiré. On est capable et c'est aussi l'intérêt
117 d'avoir des IADE au SMUR de pouvoir se mettre là où il va y avoir une difficulté. C'est-à-dire
118 qu'on peut très bien être à la tête, à la voie d'abord, si le patient est reparti on peut s'occuper
119 de la machine pour mettre la ventilation artificielle ... en fait on peut se situer à différents
120 postes. Donc en fait on va être là où il y a plus d'intérêt qu'on soit. Je sais pas si c'est clair ce
121 que je dis ?

122 **Enquêteur** : C'est clair. Je comprends tout à fait. Vous me parlez si je comprends bien de
123 travail en équipe. Est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

124 **IADE 1** : Est-ce que c'est un patient qu'on peut gérer tout seul ?

125 (Silence)

126 **Enquêteur** : Non, ça me paraît impossible.

127 **IADE 1** : Déjà je pense que c'est clair et net quand on a un patient qui est en arrêt le but c'est
128 de le faire repartir c'est donc d'avoir des gestes qui soient précis rapides et efficaces donc il
129 faut que tout le monde travaille. Je veux dire il n'y a pas un bras ou deux bras de trop il faut
130 que tout le monde s'y mette. Plus vite le patient sera conditionné plus vite on aura de chance
131 de le récupérer. En ça c'est un travail en équipe. Euh quand on est avec des équipes ... je
132 sais pas si tu as vu un petit peu quand on travaille au SMUR l'intérêt c'est de travailler avec
133 des gens avec qui on est bien. Avec des gens avec qui on peut communiquer et y a pas de
134 rivalité à avoir c'est-à-dire qu'on a un seul objectif tout le monde a le même et que ça puisse
135 se faire dans de bonnes conditions sans qu'il y ait de mot sans qu'il y ait de tension pour que
136 le travail se fasse de manière efficace. C'est pas quelque chose qu'on peut faire en 15 jours
137 de SMUR c'est du travail au long court c'est pour ça que c'est important aussi pour les équipes
138 rodées qui travaillent toujours ensemble et c'est pour ça qu'il y a des gens ici tu vois les IADE
139 la plupart d'entre nous on a entre 15 et 30 ans d'ancienneté ici. La majorité des urgentistes
140 bon là il y a eu du renouvellement mais la majorité c'est des gens qu'on a connu avant en tant
141 qu'interne donc euh ils savent jusqu'où on peut aller, ils savent qu'on ne dépassera pas nos
142 limites ils savent sur quoi ils peuvent compter par rapport à nous et les choses se font
143 finalement naturellement sans qu'il y ait de confrontations. Des fois on n'a même pas besoin
144 de se parler chacun sait sa place, où les gens se placent. On n'a pas ... finalement on discute
145 très peu quand on est sur ce genre d'intervention quand on est avec des gens avec qui on a
146 l'habitude de travailler des gens qui ont l'habitude de travailler ensemble.

147 **Enquêteur** : Et est-ce que vous impliquez l'équipe du service déjà sur place qui a normalement
148 déjà commencé la réanimation ? Si oui ou si non pouvez-vous m'expliquer vos raisons ?

149 **IADE 1** : En fait euh ... pas tant que ça finalement. On les impliquait peut être d'avantage
150 avant quand on n'avait pas la planche à masser puisque finalement euh nous on gérait plutôt
151 le côté ventilation et puis perfusion, les médicaments, la réanimation finalement et puis tout ce
152 qui était réanimation cardiaque au niveau massage on le faisait faire effectivement par le
153 service on faisait participer d'avantage les gens du service pour se relayer maintenant qu'on
154 a la planche à masser c'est vrai qu'on arrive à travailler à 3 sans avoir franchement besoin
155 d'aide extérieure.

156 **Enquêteur** : Selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir en situation
157 d'urgence ?

158 **IADE 1** : Pour bien réagir ?

159 **Enquêteur** : Pour être efficace, performant.

160 **IADE 1** : Je pense que y'a l'expérience. L'expérience dans différents domaines c'est-à-dire
161 l'expérience qu'on va acquérir sur la gestuelle aussi plus tu vas en faire et plus tu vas te poser
162 moins de questions c'est-à-dire chacun va trouver sa place quand tu travailles en équipe. Je
163 pense qu'il y a l'expérience ça c'est sûr. Quand tu as de l'expérience très souvent tu arrives à
164 être beaucoup plus serein. Donc tu réfléchis plus calmement et les choses sont beaucoup plus
165 claires. Parce que tu vas pas te tracasser avec des gestes ... je pense que toi tu t'en rends
166 compte quand tu commences à débiter dans l'anesthésie tu es un peu obnubilé par
167 l'intubation tu vas être concentré sur ton geste d'intubation c'est le truck et tu ne vois pas ce
168 qui se passe à côté et ba tu vois ça tu en fais abstraction après. Tu as ce geste là à faire mais
169 tu es déjà en train de penser à autre chose tu vois. Donc ton expérience gestuelle va te
170 permettre d'avoir les idées ailleurs tout en faisant un geste. Y a l'expérience ça c'est sûr.
171 Comme je te l'ai dit ça te permet d'être beaucoup plus serein et d'avoir l'esprit beaucoup plus
172 clair. Ce n'est pas vraiment des qualités mais euh et puis je pense une des qualités qui ne se
173 rapportent pas qu'à la réanimation cardio-respiratoire je pense que quand on fait ce métier
174 d'IADE ... après c'est facile à dire quand on a l'expérience mais il faut à mon avis être
175 extrêmement calme quelle que soit la situation. Les gestes dans tous les sens, de précipitation
176 c'est la meilleure façon pour que ça ne se déroule pas dans de bonnes conditions. Il faut
177 toujours rester calme vis-à-vis du patient, des familles, vis à vis des autres équipes qui sont là.
178 Si toi tu te mets à paniquer les autres vont te suivre et tout le monde va paniquer. Donc je
179 pense que c'est vraiment une des qualités dans notre métier en tout cas c'est d'être toujours
180 calme. En tout cas moi c'est ce que je pense.

181 **Enquêteur** : D'accord. Est-ce que vous avez vécu des situations d'arrêts cardiaques,
182 intrahospitalières toujours, difficiles ? Et en quoi ça a été difficile ?

183 **IADE 1** : Difficile euh ... Attends-je réfléchi un peu. Après difficile en termes d'organisation
184 non car quand on fait du SMUR de toute façon on se retrouve toujours dans des situations ...
185 l'environnement finalement sera jamais bon tu vas être sur la route après quand tu es infirmier
186 à l'hôpital tu es dans de bonnes conditions parce que le patient il est dans un lit euh on peut
187 être dans une chambre isolée je dirai que globalement on a très souvent de meilleures
188 conditions que quand on fait en extérieur en SMUR. Les difficultés particulières c'est plutôt
189 parfois réanimer quelqu'un ... euh ... on s'est trouvé une fois dans une situation où on a
190 réanimé une personne euh qui avait un certain âge il avait aux alentours de 80 ans euh et le
191 médecin du service qui était là nous a donné aucune information donc on a réanimé le patient
192 et puis une fois qu'il est reparti on a appris que c'est quelqu'un qui sortait de réa et qui serait
193 jamais repris en réanimation et qui avait fait des directives anticipées pour qui il ne fallait rien
194 faire. Donc là ouais tu te retrouves en difficulté car tu as réanimé quelqu'un qui est reparti alors
195 que c'était quelqu'un sur qui il ne fallait rien faire. C'était vraiment un manque d'information et
196 de relation avec l'autre équipe, l'équipe du service. Il n'aurait pas dû nous laisser faire tout ça
197 donc ça c'est des difficultés que tu peux rencontrer ... parfois les médecins qui sont de garde
198 ne connaissent pas très bien les patients dans les services donc tu peux te retrouver dans ce
199 genre de situation ce qui est tout de même très délicat. Ou on a déjà récupéré des patients.
200 Un patient ici d'ailleurs qui a été réanimé par ... moi je n'y étais pas mais ce sont des collègues
201 a moi qui l'ont réanimé en traumatisme septique ... ils ont réanimé ce patient et quand il est arrivé
202 on a appelé la famille, il avait des directives anticipées, il ne voulait pas être réanimé donc tu
203 vois un peu le genre de situation dans lequel tu peux être.

204 **Enquêteur** : Oui.

205 **IADE 1** : C'est principalement les difficultés qu'on rencontre après je pense qu'on n'a pas
206 franchement de difficultés techniques ni organisationnelles dans les services. Parce qu'on est
207 globalement dans de meilleures conditions.

208 **Enquêteur** : Vous m'aviez dit que vous aviez certaines difficultés du fait que les équipes de
209 service ne débutent pas toujours la réanimation cardiaque. Pouvez-vous m'en dire plus ?

210 **IADE 1** : Effectivement ça engendre des conséquences pour le patient. Parce qu'on sait quand
211 même que plus la prise en charge est précoce et plus on a de chance de récupérer le patient
212 et d'en de meilleures conditions ... humm ... après voilà en service il y a un turn over important
213 humm y a pas forcément un arrêt cardiaque toutes les semaines, y a pas une connaissance
214 comme nous on peut avoir en réanimation sur les gestes à faire et puis y a le facteur stress
215 quand on se trouve face à une situation pour la première fois une situation d'exception on fait
216 pas les choses si bien que ceux qui font ça deux trois fois par mois quoi. Moi je ne leur rejette
217 pas la pierre parce que c'est toujours facile de se mettre en avant et de critiquer ce que les
218 autres on fait voilà moi je me dis si demain je me retrouve en anesthésie pédiatrique euh ba
219 je me sentirai en difficulté. Et ba c'est gens-là ils sont pareils. Même si ça fait partie de notre

220 fonction de prendre en charge ce type de patient quand on travaille dans les services de
221 médecine ou voilà. Ce que l'on fait de moins ba on est toujours en difficultés.

222 **Enquêteur** : D'accord. Du coup face aux difficultés que vous avez rencontrés vous auriez aimé
223 quoi comme ressources, comme moyens pour pallier à ces difficultés ?

224 **IADE 1** : Comment pallier à ces difficultés ... ? Je pense que c'est pas quelque chose qui va
225 se résoudre, dire aller on fait une journée de formation par service ou ça peut apporter quelque
226 chose mais maintenant ce n'est pas ça qui va ... ces gens-là ils ont déjà eu des formations
227 probablement quand ils étaient à l'école ou autre ils peuvent en faire d'autres, CESU
228 notamment mais c'est euh c'est un peu ce qu'on vit en SMUR plus on est confronté à des
229 situations plus on est habitué à les gérer mieux on les gère. Et après comment résoudre ça ?
230 Je ne sais pas. C'est difficile à y répondre. C'est sûr que nous on prend pas le temps de le
231 faire mais probablement que peut être discuter avec les équipes en post intervention euh ou
232 alors à distance ou juste après ça pourrait apporter des choses mais ça ne résoudrait pas tout
233 non plus.

234 **Enquêteur** : Et par rapport à vos difficultés en lien avec les directives anticipées ...
235 On s'est retrouvé avec les infirmières et le chirurgien qui était de garde dans le service, qui
236 était une jeune chef de service, le réanimateur de la réa Robert Debré qui a incendié tout le
237 monde parce que voilà il y avait effectivement des écrits comme quoi il ne fallait pas réanimer
238 le patient. Maintenant voilà on s'est remis en question aussi car nous aussi on aurait dû
239 certainement poser la question ou regarder nous même le dossier. Ça sert de leçon c'est sûr.
240 Maintenant on pose au moins la question quand on arrive. Le médecin essaie de rechercher
241 l'information dans le dossier. Depuis ça ne m'est pas arrivé mais c'est pas toujours évident
242 d'avoir toutes les informations dans l'urgence de la situation. Même nous on continue à
243 apprendre. C'est pas parce qu'on a 25 ans d'expérience qu'on est confronté à tout.

244 **Enquêteur** : D'accord. Vous me dites qu'une des qualités de l'IADE c'est d'être calme. Mais
245 comment vivez-vous la situation d'arrêt cardiaque avant quand vous êtes appelés ? Pendant
246 et après ?

247 **IADE 1** : Avant. Il ne faut jamais se poser de questions. Parce que tant qu'on n'a pas vu la
248 personne en arrêt on ne sait pas si elle l'est. On est informé que par des personnes, par des
249 tiers. Pendant la réanimation de toute façon euh on a enfin, je parle pour mon cas personnel,
250 des schémas décisionnels c'est-à-dire que je sais que ce je vais avoir à faire ... en fonction de
251 ce que le médecin va faire, ce que l'ambulancier va faire, je sais ce qu'il me restera à faire.
252 Pendant l'intervention je ne me pose pas vraiment de questions parce que on a notre patient
253 à gérer on a plein de choses à faire c'est une réanimation qui demande quand même pas mal
254 de gestes et d'attention, de réflexion en fonction de la réaction du patient ... humm ... donc il
255 faut se concentrer sur ce qu'on a à faire nous. Y a toujours du stress c'est sûr mais on n'y
256 pense pas vraiment pendant. Et puis en post intervention c'est là ou finalement on est amené

257 le plus à réfléchir. Si on n'a pas récupéré le patient il faut se poser des questions de
258 pourquoi on l'a pas récupéré ? Ça c'est difficile. C'est bien d'en discuter entre nous. Si on l'a
259 récupéré il faut se poser la question de la prise en charge après de où on va le diriger de ce
260 qu'on va mettre en œuvre avant de le diriger, alors là il va falloir réfléchir et puis parfois euh
261 on a la gestion de la famille directement même en service ... parfois la famille peut être
262 présente dans le service et euh on doit la gérer et on doit aussi se poser des questions
263 comment aborder les choses avec eux et puis je pense qu'il faut toujours se poser des
264 questions après il faut toujours se remettre en question. Je pense que c'est important en tout
265 cas si on veut évoluer dans notre profession.

266 **Enquêteur** : C'était ma prochaine question justement. A savoir si vous réfléchissez à la prise
267 en charge de l'arrêt cardiaque avant pendant et après sa survenue ?

268 **IADE 1** : C'est l'avantage aussi ... je pense ... quand on a l'habitude de travailler depuis
269 longtemps avec les mêmes personnes euh on est beaucoup moins gêné pour poser les
270 questions et je crois que c'est essentiel. Faut jamais enfin moi je pars du principe pour ma part
271 que je préfère passer pour un con que de ne pas savoir. Donc si je ne peux pas parce que
272 voilà des fois les urgentistes n'ont pas forcément la réponse moi je discute souvent avec les
273 réanimateurs qu'on a ici si ce qu'on a fait c'était bien si on n'aurait pas pu faire autre chose si
274 ... et ça je pense que c'est de la formation continue pour moi ça c'est une sorte de débriefing...
275 après depuis quelques temps il y a des jeunes urgentistes qui arrivent on commence à parler
276 mais y a rien qui est mis en place mais éventuellement tu vois on voudrait bien mettre en place
277 tu sais une à deux fois par mois car ça peut être aussi difficile à organiser. C'est reprendre des
278 cas bien particuliers, des interventions difficiles à gérer donc ça pourrait très bien être sur un
279 arrêt cardiaque. Et puis que l'équipe qui a pris en charge le patient présente un peu ce qu'il a
280 fait et qui est une discussion qui se fasse avec des équipes extérieures parce qu'il faut savoir
281 aussi que quand tu ... tu verras avec ton expérience ... quand tu es amené à prendre en
282 charge des patients lourds au bloc ou en SMUR parfois tu es pris dans ton intervention tu peux
283 être pris aussi avec l'environnement enfin je veux dire tu peux avoir la famille qui est sur toi ça
284 peut être des facteurs stressant car du stress y en a toujours et parfois avec tout ça tu peux
285 ... tu connais les choses mais tu peux passer à côté et c'est en post intervention justement en
286 discutant avec des gens extérieurs qui peuvent te dire ba pourquoi vous n'avez pas fait comme
287 ça. Ou ça vous l'avez fait nous on n'y aurai pas pensé. Et donc c'est une discussion qui va
288 apporter à toi mais aussi aux équipes qui bosseront plus tard qui seront confronter plus tard à
289 ce genre de situations et euh moi ça m'arrive régulièrement de travailler par rapport à ce que
290 j'ai déjà vécu c'est l'expérience aussi mais tu peux ça aussi le faire au travers de l'expérience
291 des autres. Et c'est pour ça qu'on aimerait bien ... c'est de mettre la reprise de dossiers si tu
292 veux deux fois par mois sur le SMUR et certains arrêts pourraient éventuellement en faire
293 partie.

294 **Enquêteur** : Je voulais vous demander si vous actualisiez vos connaissances et gestes
295 techniques vous m'avez déjà répondu que oui. Par contre vous faites ça seul ou en équipe ?

296 **IADE 1** : Très souvent seul.

297 **Enquêteur** : D'accord. Le fait de réfléchir comme ça en équipe ou même de vous-même ça
298 modifie vos pratiques pour la suite ?

299 **IADE 1** : Oui ça modifie les pratiques parce que voilà on n'a pas la science infuse donc euh
300 on essaie de se tenir au courant déjà on a une vie sociale en dehors donc on ne passe pas
301 tout notre temps au travail on passe pas tout notre temps libre à potasser les articles donc
302 c'est bien aussi quand on a des collègues qui lisent et qui nous rapportent des choses. Et puis
303 on se rend compte que dans la réanimation que j'ai commencé à faire il y a 25 ans ce n'est
304 plus la même que celle d'aujourd'hui. Donc si on ne se met pas au goût du jour on est dépassé
305 c'est sûr.

306 Et la dernière chose je pense ce qui nous fait progresser en tout cas ici c'est aussi d'avoir des
307 étudiants je pense que le fait d'avoir des étudiants que ce soit infirmier ou IADE ba ce sont
308 des gens qui posent beaucoup de questions et euh ba voilà quand tu sors de l'école tu n'as
309 pas l'expérience mais tu as encore beaucoup la tête dans les bouquins sauf que 10 ans après
310 tu as l'expérience mais tu as perdu la moitié des livres que tu avais dans la tête. Euh voilà je
311 pense que le fait d'encadrer des étudiants t'oblige un peu aussi à te replonger dans les
312 nouveautés dans les articles si tu veux te tenir à la page pour toi et pour enseigner aux gens
313 que tu vas encadrer. C'est aussi un moteur je pense.

314 **Enquêteur** : Et à votre avis en quoi consiste le rôle de l'IADE auprès des équipes du service
315 lorsqu'il y a un arrêt et au sein de l'équipe de réanimation spécialisée ?

316 **IADE 1** : Actuellement je pense qu'on ne leur apporte pas grand-chose ... hélas ... parce que
317 les choses vont très vite. Humm maintenant ... je pense qu'effectivement on devrait
318 d'avantage leur dire ce qui est bien déjà. Car souvent on leur dit ce qui est mal. Et que du coup
319 ba les équipes le vivent mal. Ils vivent déjà mal la situation parce que c'est un patient qui
320 connaissent et le vivent encore plus mal quand les choses n'ont pas été faite correctement
321 parfois oui de dire ce qui est bien peut être que ça encouragerai les gens à aller plus loin dans
322 leur démarche et à avoir envie d'apprendre.

323 Peut-être qu'on a une part de responsabilité.

324 **Enquêteur** : Et justement est ce que vous partagez vos connaissances et votre expérience
325 avec eux ?

326 **IADE 1** : Ça m'est arrivé de le faire avec des étudiants infirmiers dans le service mais pas
327 tellement directement avec les personnels.

328 **Enquêteur** : Parce qu'ils ne sont pas demandeurs ? Ou est-ce que c'est lié à l'organisation
329 même de l'urgence ?

330 **IADE 1** : Effectivement il y a l'urgence donc l'urgence ba comme au SMUR on fait abstraction
331 de ce qui se passe en dehors du patient ça fait partie aussi de la prise en charge il faut être
332 concentré sur ce qu'on fait les gens des autres services on a tendance à les mettre de côté le
333 temps qu'on s'occupe du patient euh eux ne sont pas tellement demandeur car je pense que
334 souvent ils sont très impressionnés pour la plupart mais euh et puis on a aussi une très
335 mauvaise réputation je pense que c'est en partie pour ça qu'ils ne nous questionnent pas.
336 C'est en partie de notre faute. Finalement l'équipe de SMUR ça a un peu la réputation parfois
337 d'être des cowboys. De ne pas être forcément très abordable. Et euh c'est pas une bonne
338 image en tout cas qu'on donne et je pense aussi que c'est pour ça qu'on ne communique pas
339 facilement. Après ça c'est à nous d'améliorer les choses.

340 **Enquêteur** : D'accord. Du coup dernière question. D'une manière générale, à votre avis,
341 comment est-ce qu'on pourrait améliorer la prise en charge de l'arrêt cardiaque
342 intrahospitalier ? Par quels outils ?

343 **IADE 1** : Je pense que ça c'est une organisation propre au service déjà. Je pense qu'il faudrait
344 que chaque cadre responsable en soit conscient et qu'ils pratiquent des exercices au sein de
345 leur service. S'ils se trouvent en difficultés pour mettre en place ce genre de choses ils peuvent
346 très bien faire appel au CESU ou à nous ... aux équipes de SMUR. Mais euh il faut déjà que
347 ce soit une volonté de service. On ne peut pas même si ça fait partie de notre fonction ... Il n'y
348 a pas d'intérêt à essayer de former des gens s'ils n'en ont pas la volonté. Je pense que c'est
349 important que ça fasse partie d'un projet de service. Et à ce moment-là ba il faut intégrer tout
350 le monde et pas seulement le personnel infirmier. C'est-à-dire que c'est l'ensemble du
351 personnel paramédical qu'il faut intégrer. Parce que une réanimation sur un arrêt cardiaque
352 dans un service c'est l'aide-soignante c'est tout le monde qui participe. Parce que voilà il faut
353 au moins être trois si on veut faire quelque chose d'efficace et euh trois personnes disponibles
354 dans un service de médecine c'est pas toujours les mêmes et c'est rarement trois infirmières.
355 Ils sont souvent en nombre restreint donc il faut utiliser tout le monde. Et je pense que ça serait
356 important mai il faut que ce soit une volonté de service. Voilà.

357 **Enquêteur** : Et au niveau de votre équipe de réanimation, qu'est-ce que vous proposez pour
358 améliorer les choses ?

359 **IADE 1** : Ça revient à ce que j'ai dit tout à l'heure ça serait à nous d'organiser pourquoi pas
360 des matinées à thèmes qu'on puisse faire des simulations ou faire présenter des cas par des
361 étudiants IADE et en discuter en fait ça fait progresser tout le monde. Il faut pas il faut être
362 honnête vous êtes beaucoup plus dans les bouquins que nous vous êtes plus au courant des
363 protocoles récents que nous parfois et euh pourquoi pas investir les gens des écoles aussi.
364 Nous on pourra apporter notre expérience. Et ça autour d'un cas concret par exemple.
365 Dans l'idéal pour présenter un cas. Ça serait de regrouper toute l'équipe qui était présente
366 pour présenter ce cas-là. Après c'est extrêmement difficile parce que tu vois bien tu es de nuit

367 de garde aux urgences c'est difficile de regrouper tout le monde et mais ça peut se faire c'est-
368 à-dire qu'il y en a une de l'équipe qui peut se dire bon ba celui-là ce sera l'urgentiste le cas
369 suivant l'IADE qui est dispo il ne faut pas que ce soit un cas médical qui soit présenté mais un
370 cas d'équipe. C'est-à-dire qu'on sait que cette prise en charge peu importe que ce soit un arrêt
371 cardiaque ou autre parce que l'urgentiste tout seul il ne pourra rien faire, l'IADE tout seul il ne
372 pourra rien faire. Il faut vraiment une prise en charge d'équipe on n'a pas les mêmes objectifs
373 on n'a pas les mêmes compétences et chaque soin au patient sera déterminant donc c'est
374 important que l'ensemble des équipes puisse parler de ce cas-là faut pas que ce soit limiter
375 au personnel médical du SMUR il faut que ce soit ouvert aux équipes de SMUR à l'ambulancier
376 parce que eux aussi ils vont avoir des difficultés c'est eux qui vont gérer la planche à masser.
377 Pourquoi ils ont eu des difficultés à la mettre tout de suite. Après ils sont amenés eux à faire
378 plein de choses ils ne font pas que conduire le camion c'est deux bras supplémentaires faut
379 les utiliser. Et euh ça c'est la première chose. Et la deuxième chose c'est que si tu veux avoir
380 des équipes efficaces il faut qu'ils se sentent une équipe. Et la meilleure façon c'est à chaque
381 fois de les réunir autour de quelque chose autour d'un café autour d'un cas autour d'un repas
382 c'est pour ça que c'est euh ça se perd un peu parce qu'il y a des difficultés avec la
383 réorganisation des services mais c'est l'essentiel de notre travail s'il n'y a pas une équipe
384 soudée il n'y aura pas de travail correct c'est sûr et certain.

385 **Enquêteur** : Et l'IADE il a quelle place dans cette équipe ?

386 **IADE 1** : L'IADE c'est du personnel paramédical qui est très proche du personnel médical.
387 C'est-à-dire que c'est un lien pour le patient mais aussi c'est un lien d'équipe. Là en ce moment
388 par exemple il y a un projet c'est en train de se construire ce qu'on voudrait faire c'est un
389 trauma center. Je ne sais pas si tu en as entendu parler ?

390 **Enquêteur** : Oui.

391 **IADE 1** : Y a des choses qui sortent là mais qui ne sont pas encore très bien définies. Ils
392 voudraient qu'il y ait un médecin référent mais qu'il y est également un personnel paramédical.
393 Un leader. Et ils aimeraient que ce soit un IADE. Mais parce que je pense qu'il a les facilités
394 pour parler à l'équipe médicale et il a la confiance du personnel paramédical. Et donc ça je
395 pense qu'on est un des liens importants et ça tu peux le ressentir au bloc aussi. Tu es
396 finalement ce lien entre le personnel de la salle de réveil le médecin et puis tu temporises
397 beaucoup de choses. C'est toi qui est au milieu de tout ça qui gère tout ça. Et ba en SMUR
398 c'est un peu pareil c'est toi qui est tu n'es pas décisionnaire tu n'es pas prescripteur mais tu
399 es là pour poser les choses temporiser pour faire le relationnel. C'est ton rôle. C'est pas
400 définissable. C'est pas vraiment palpable mais au final c'est essentiel. Ici en réa on n'est pas
401 vraiment un trauma center mais ça s'en rapproche ici on accueille directement des polytraum.
402 Donc finalement c'est déjà un peu ça. Je ne sais pas comment fonctionne les collègues mais
403 nous on fait des gestes techniques que l'infirmière ne fait pas et puis avec l'expérience avec

404 nos compétences qu'on a acquis pendant nos études d'IADE on a une vision je pense
405 beaucoup plus globale du patient et donc on peut être amené à dire ba non toi tu vas te mettre
406 là toi tu vas te mettre ici et faire ça et toi tu vas répartir donc la charge de travail autour du
407 patient pour que ça s'organise du mieux possible et tu te rends compte que si tu gagnes la
408 confiance du personnel paramédical tu te rends compte que la prise en charge du patient elle
409 est dix fois mieux et tout en ayant ce côté peut-être un peu plus manager mais ça fait partie
410 de notre rôle au sein d'une équipe.

411 **Enquêteur** : Vous me parlez de leader de manager vous faites une différence ?

412 **IADE 1** : Il y a deux choses. Pour l'instant on n'est pas prescripteur. On a de l'expérience et
413 des compétences en anesthésie qu'ils n'ont pas forcément sur la ventilation artificielle par
414 exemple donc tu es toujours là pour proposer. Tu es sûr que tu ne veux pas qu'on fasse ça.
415 Et ça c'est pas toi qui sera décisionnaire mais tu es là pour proposer et ça c'est important
416 d'autant plus quand tu as plusieurs victimes là on peut très bien avoir deux entrées et tu peux
417 des fois le conditionné sans le médecin. Tu vas le mettre en condition avec un interne ou un
418 autre infirmier pendant que le médecin s'occupe du deuxième. En SMUR l'urgentiste ça peut
419 être quelqu'un de pas très expérimenté tu peux lui proposer après voilà c'est lui qui aura la
420 décision finale même si c'est quelqu'un d'expérimenter parfois tu es dans une situation on est
421 pas toujours en forme, on a tous une vie privée on peut tous avoir des contrariétés et ça peut
422 se ressentir sur le travail. Tu ne peux pas être à 100% tout le temps. Et ba des fois quand tu
423 as quelqu'un qui te dit les choses ba tu te dis ah oui il a raison je n'y avais pas pensé. Le but
424 c'est que tu ramènes ton patient dans les meilleures conditions ça c'est vraiment l'objectif si
425 tu as compris ça tu as compris le SMUR. Et ça tu le retrouves dans la prise en charge du
426 polytraumatisé. L'objectif c'est le patient. Le reste on s'en fout. Il faut mettre tout en œuvre.
427 Maintenant si tu ne le récupères pas y aura plusieurs choses y aura vis-à-vis de toi tu vas te
428 dire je n'ai peut-être pas fait tout ce qu'il y avait à faire. Ça c'est la première chose. Vis-à-vis
429 de la famille qui peut porter plainte. Puis tu peux te retrouver en porte à faux parce que tu n'as
430 réactualisé tes connaissances parce que tu n'as pas fait les gestes au bon moment tu as aussi
431 ce côté qui ressort de plus en plus aujourd'hui et puis vis-à-vis des autres équipes. Tu imagines
432 tu as des équipes qui te regardent et qui vont se dire ils ne font pas leur travail. Donc tu te dois
433 toi puisqu'on a fait appel à toi puisqu'eux n'arrivaient pas à gérer de faire les choses
434 correctement. Pour toi personnellement pour la famille mais aussi pour le reste des équipes.
435 Sinon la prochaine fois ils ne nous appelleront pas. Tu vois tu te dois de faire les choses et
436 c'est aussi pour ça qu'il faut être une équipe soudée parce que sinon ils vont dire ils
437 s'engueulent entre eux ils ne sont pas d'accord c'est quoi ces clampins. Donc même toi en
438 tant qu'IADE pourquoi ils ne prennent pas ces décisions là il faut aussi c'est à toi aussi en tant
439 qu'iade de savoir les proposer au bon moment et puis avoir la manière de les proposer c'est

440 je pense je pense que tu es un peu le fusible de l'équipe non mais c'est vrai très souvent que
441 ce soit en réa ici ou que ce soit en SMUR ou dans d'autres services.

Transcription entretien IADE 2 : 37 min et 41 sec - 23 avril 2018.

- 1
2
3 Femme, IADE en service SMUR (100%) d'un centre hospitalier + activité urgence depuis peu.
4
5 (Début de l'enregistrement).
6
7 **Enquêteur** : Tout d'abord, quel âge avez-vous ?
8 **IADE 2** : J'ai 58 ans.
9 **Enquêteur** : D'accord. Depuis quand êtes-vous diplômés infirmière et IADE ?
10 **IADE 2** : Alors 83 pour le diplôme d'infirmière et 93 pour le diplôme d'infirmière anesthésiste.
11 **Enquêteur** : Depuis combien de temps êtes-vous dans ce secteur d'activité, le SMUR ?
12 **IADE 2** : Depuis 30 ans.
13 **Enquêteur** : Avez-vous exercé dans d'autres secteurs ?
14 **IADE 2** : J'ai commencé par de la réanimation polyvalente euh ensuite clinique de nuit mais
15 très court ... c'était de la chir. Et ensuite urgence. Un service d'urgence ici puis je suis passée
16 sur le service de SMUR.
17 **Enquêteur** : C'est du SMUR à 100% ?
18 **IADE 2** : Oui c'est 100% du SMUR sauf que maintenant avec la nouvelle organisation on nous
19 oblige d'aller aux urgences. Sachant qu'on fait aussi service d'urgence à l'antenne d'une autre
20 ville. Ce sont des journées de 24h.
21 **Enquêteur** : D'accord. Est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en
22 dehors de la profession d'IADE ?
23 **IADE 2** : Je suis formatrice vacataire au CESU centre d'enseignement des soins d'urgences
24 et euh j'enseigne je forme à l'attestation de formation en gestes et soins d'urgence. Donc euh
25 en fonction du publique ça s'arrête à des gestes de secourisme et puis si on a du public
26 infirmier on va plus loin quoi on a même des médecins dans le public donc tout dépend voilà.
27 **Enquêteur** : **Du coup comment êtes-vous formés, vous à la prise en charge de l'arrêt**
28 **cardio-respiratoire (ACR) ?**
29 **IADE 2** : Alors déjà oui on a passé j'ai eu une formation pour être enseignante mais euh la
30 formation de l'arrêt c'est surtout quand j'ai pris mon poste en réa. De tout temps en fait. Dès
31 que j'ai démarré il est arrivé que je sois confrontée en réa déjà aux arrêts et puis après en
32 SMUR. La formation y a eu des formations oui on a eu des cours mais après c'est surtout
33 l'expérience. La moins mais a une époque j'allais beaucoup aux congrès de la SFUM, de la
34 SFAR, à Paris euh. J'essayais de me tenir informer. Je réfléchis mais au niveau de
35 l'établissement on a de temps en temps des formations par exemple on a acquis une planche
36 à masser donc on a eu une formation dessus. De temps en temps on a des infos sur les
37 nouveaux protocoles par les médecins voilà maintenant on en fait assez souvent donc euh ça

38 revient. Donc on est formé tous les jours en fait en pratiquant. Aujourd'hui on en fait deux des
39 arrêts voilà.

40 En intrahospitalier ?

41 Non pas les deux. Un en extérieur et un en intrahospitalier. Donc euh (rires).

42 **Enquêteur** : Du coup pensez-vous que votre formation actuelle est suffisante ? Et en quoi est-
43 elle ou n'est-elle pas suffisante ?

44 **IADE 2** : Elle est insuffisante sur tout ce qui est protocoles, nouvelles recommandations. Ce
45 que je veux dire c'est que c'est à nous d'aller rechercher les informations. Pas sur tout ce qui
46 est technique car l'adré, la planche à masser, l'intubation, tout ça c'est notre quotidien. C'est
47 plus peut-être que ... avoir les derniers protocoles comme par exemple les nouveaux
48 médicaments à administrer. Moi j'ai connu l'époque où on faisait des 3mg d'adrénaline d'un
49 seul coup. On utilisait beaucoup le bicar on ne le fait plus. Donc c'est des protocoles des
50 sociétés françaises qui ont fait des études là-dessus mais je trouve qu'on est pas suffisamment
51 tenu au courant au niveau des médecins l'info ne descend pas. Donc je suis obligée de faire
52 l'effort d'aller chercher ça.

53 **Enquêteur** : Ça marche. Parfait. Euh à quelle fréquence vous intervenez dans la chaîne de
54 survie intrahospitalière et notamment dans la prise en charge de l'ACR ?

55 **IADE 2** : Que sur l'arrêt cardiaque ? Parce qu'on intervient sur toutes les urgences
56 intrahospitalières.

57 **Enquêteur** : Les deux si vous pouvez.

58 **IADE 2** : Je pense qu'en moyenne au moins une RIH c'est la réanimation intrahospitalière
59 c'est comme ça qu'on appelle les urgences intrahospitalières. Au moins une réanimation
60 intrahospitalière par jour. Si je fais une moyenne. Mais pas que les arrêts. On intervient
61 beaucoup sur des chocs, des hypotensions et des détresses respiratoires aussi.

62 **Enquêteur** : Et du coup votre dernier arrêt cardiaque intrahospitalier remonte à quand ?

63 **IADE 2** : Ici, aujourd'hui (rires). A 13h40. Une dame au scanner qui venait d'un service de
64 gériatrie où elle était hospitalisée pour une désaturation. Euh et donc ils l'ont ... très obèse ...
65 déjà un peu hypoxique voilà elle avait une pneumopathie. Et quand ils l'ont allongé pour le
66 scanner elle se sentait mal quand ils l'ont relevé elle était déjà grise. Elle n'a pas supporté la
67 position allongée. Donc euh voilà.

68 **Enquêteur** : Et du coup comment s'organise la chaîne de survie intrahospitalière ?

69 **IADE 2** : Ba si je reprends encore l'exemple d'aujourd'hui il y avait du personnel formé donc
70 ils ont commencé tout de suite le massage cardiaque ils ont fait le 15 c'est le même numéro
71 pour l'extérieur que pour l'intrahospitalier c'est le 15. Donc euh ils ont appelé on a été bipé le
72 médecin urgentiste moi-même et l'ambulancier pour faire la réanimation et puis donc on les a
73 aidé à masser, à pousser de l'adrénaline on l'a intubé très difficilement d'ailleurs.

74 **Enquêteur** : Est-ce que vous pouvez me décrire justement un arrêt cardiaque que vous avez
75 vécu en service de médecine ou de chirurgie ?

76 **IADE 2** : Alors ba il y a quelques années c'était très très mal pris en charge dans le sens où
77 des fois on arrivait et la personne n'était pas masser euh il n'y avait pas d'aspiration dans les
78 chambres il n'y avait pas de BAVU tout ça ça s'est amélioré quand même y a une amélioration
79 avec la présence de chariot de réanimation présent dans tous les services donc du matériel
80 et puis les formations qu'on a faites euh venant du CESU euh où là on leur a appris qu'au
81 moins le minimum c'est de masser. Même si elle pouvait faire autre chose c'était au moins de
82 masser. Donc euh en principe souvent ce sont des gens qui sont perfusés donc elles massent
83 elles essaient de ventiler au BAVU maintenant puis qu'elles en ont un dans le chariot de
84 réanimation maintenant et puis ba nous quand on arrive c'est surtout ... on commence à
85 pousser l'adrénaline parce que si on est appelé c'est qu'il n'y a pas de médecin dans le service
86 donc elles peuvent pas la passer. Donc nous on commence par passer l'adrénaline. On intube
87 alors dans les services certaines une fois qu'on arrive partent, nous laissent. Par contre y en
88 a d'autres qui restent et j'en profite pour les faire pratiquer justement. Qu'elles participent à la
89 réanimation.

90 **Enquêteur** : C'était une de mes prochaines questions justement j'allais vous demander si
91 vous impliquez les professionnels du service à la réanimation ?

92 **IADE 2** : On essaie ... quand on voit que si ... moi en tout cas j'ai un peu le côté formatrice
93 donc si je vois par exemple qu'ils n'arrivaient pas à ventiler ou ba si on voit que la réanimation
94 n'aboutit pas moi j'essaie de les faire ventiler on essaie de faire masser. Si je vois qu'il y a des
95 étudiantes infirmières ou aides-soignantes on essaie de les faire masser quoi.

96 **Enquêteur** : Qu'est ce qui ...

97 **IADE 2** : Alors oui j'ai oublié y a aussi le défibrillateur semi-automatique qu'il n'y avait pas
98 avant et là on voit de plus en plus qu'elles ont le réflexe d'aller le chercher et de le poser.

99 **Enquêteur** : Parfait. Du coup comment s'organise la prise en charge quand vous êtes sur un
100 arrêt cardiaque ?

101 **IADE 2** : Très souvent l'infirmière IADE ou pas parce que nous les médecins ne font pas
102 forcément la différence ... nous souvent une des premières choses ça va être de scoper si
103 euh ce n'est pas fait car dans les services il n'y a pas de scope. Donc on scope pour voir ce
104 qui se passe. Euh on va pousser l'adré ! Ça c'est ... les protocoles maintenant c'est massage
105 et adré le plus rapidement possible. Euh le médecin lui il va s'occuper de ventiler donc vu
106 qu'on a aussi l'ambulancier avec nous lui il va pouvoir s'occuper de donner le matériel
107 d'intubation euh ça va être surtout ça le massage l'adré et la ventilation.

108 **Enquêteur** : Vous me dites que vous vous répartissez les tâches, comment faites-vous pour
109 décider qui fait quoi ?

110 **IADE 2** : Ba moi en tout cas ça s'organise comme ça à chaque fois ... euh ... que je pratique.
111 On travaille ensemble depuis plusieurs années donc on a l'habitude de faire comme ça.
112 Chacun sait ce qu'il a à faire voilà. Après quand il y a un médecin qui me laisse intuber mais
113 c'est très rare car il ne prépare jamais les drogues donc vu que c'est la priorité de pousser
114 l'adrénaline déjà on est un peu bloqué à ça donc le temps de faire ça eux ils ont pris leur
115 laryngo où ils mettent à la ventilation avec le BAVU. Sinon parfois oui j'intube si le médecin
116 n'a pas réussi.

117 **Enquêteur** : D'accord. Pour vous quelles sont les qualités indispensables pour bien réagir
118 dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque ?

119 **IADE 2** : Ba déjà faire le diagnostic. Humm c'est avoir le réflexe de masser ... d'avoir du calme
120 dans la réanimation enfin tout en réanimant. Après la voie d'abord. Il faut de l'expérience aussi.
121 Si je peux me permettre. Ça va peut-être choquer mais pour moi l'arrêt cardiaque c'est la
122 situation la plus facile à gérer car le diagnostic il est facile à faire on sait ce qu'on a à faire c'est
123 euh un algorithme à suivre. Donc voilà. Donc je trouve que la difficulté elle est plus grande sur
124 un malaise ou sur une détresse respi où on ne sait pas trop ce qui se passe au départ on ne
125 sait pas trop quoi faire pour améliorer les choses. Alors que l'arrêt humm il faut masser il faut
126 avoir sa voie d'abord pousser l'adré euh l'intubation et voilà. Et puis on continue l'adré toutes
127 les 3 minutes donc mine de rien on a du temps entre les injections pour faire d'autres choses
128 bon après il peut y avoir une fibrillation donc là vient le choc ou on peut avoir besoin de mettre
129 de la cordarone bon après par contre si ça repart là effectivement y a d'autres choses qui vont
130 se mettre en place qu'on va avoir à faire.

131 **Enquêteur** : Vous m'avez dit que parfois y'a des équipes de service qui restent et d'autres qui
132 s'effacent est ce que vous avez des difficultés par rapport à ça ?

133 **IADE 2** : Oui des fois quand c'est trop euh c'est trop mais souvent même si elles restent
134 certaines restent un peu en retrait c'est normal elles viennent quand même mine de rien 5 à
135 10 min en stress euh voilà parce que nous on fait tous les jours pas elles donc elles sont en
136 stress plus que nous donc euh ba voilà elles ressoufflent un peu quand on est là et puis ba y
137 en a c'est est ce que je peux faire ça ça et ça ? Bon c'est vrai qu'au CESU on essaie de bien
138 les briefer. C'est pas du tout pour me lancer des fleurs parce que je ne suis pas toute seule à
139 enseigner au CESU mais on a quand même vu une nette amélioration.

140 **Enquêteur** : Vous avez réussi à former tout le monde sur l'hôpital ?

141 **IADE 2** : Non pas encore mais on a quand même une sacrée amélioration. On n'a pas tout le
142 monde sur l'hôpital mais comme c'est obligatoire pour les élèves infirmières donc toutes celles
143 qui rentrent sur l'hôpital sont formées à l'AFGSU maintenant elles ont même leur seringue
144 d'adré de prête alors qu'à une époque on arrivait elles avaient les mains le long du corps rien
145 était fait. Parce qu'elles ne savaient absolument pas quoi faire.

146 **Enquêteur** : Vous me parlez des infirmières sortantes, mais pour les autres qui ont eu
147 l'AFGSU depuis plusieurs années, vous pensez que la journée de réactualisation tous les 4
148 ans est suffisante ?

149 **IADE 2** : Non ce n'est pas suffisant. Parce qu'il y a des services où elles en font pas du tout
150 d'arrêt donc elles oublient. Moi je refais les journées d'actualisation et quand vous posez la
151 question est ce que vous avez pu mettre en pratique ce que vous avez appris en AFGSU sur
152 la totalité y en a peut-être 10% qui ont pratiqué. Sinon les restant non.

153 **Enquêteur** : Sinon est ce que vous avez vécu des situations d'arrêt cardiaque difficile en
154 intrahospitalier ? Et quelles ont été ces difficultés ?

155 **IADE 2** : En intrahospitalier. Ba là je vois celui de ce matin la difficulté c'était l'intubation. Et
156 euh pour nous c'est un peu ... pas un échec parce qu'on a réussi à la perfuser à passer notre
157 adrè mais dans l'oxygénation on n'a pas été au top. Une obèse ... on a mis un fast track on
158 n'a pas réussi autrement. Alors moi j'ai pris la main à un moment mais on a essayé avec
159 l'Eschmann on n'a pas réussi on a dû passer au fast track. J'essaie de me souvenir de
160 difficultés en service. Euh si les chambres ne sont pas toujours très grandes on n'a pas
161 forcément de place ou alors c'est des chambres à deux lits et là c'est compliqué car on ne
162 peut pas toujours faire sortir le voisin. Donc on met un paravent mais voilà c'est choquant pour
163 le patient. Voilà ils entendent. Donc ça oui ça peut représenter une difficulté. Non je vois pas
164 par rapport à l'extérieur où là c'est vraiment pas facile à cause de l'environnement qui n'est
165 pas toujours propice là c'est plus sécurisant.

166 **Enquêteur** : D'accord. Comment vous vivez l'arrêt cardiaque avant quand vous êtes appelé ?
167 Pendant la réa et après ?

168 **IADE 2** : Toujours en intrahospitalier ?

169 **Enquêteur** : Oui toujours.

170 **IADE 2** : Euh avant on sait que c'est un arrêt donc ba on y va ... on ne se pose pas tellement
171 de questions. On stresse mais ça dépend ... c'est quand même très souvent des personnes
172 âgées donc on a déjà moins de stress que si c'était un jeune. Ce qu'on peut vivre plus souvent
173 en extrahospitalier. Où des fois on est appelé sur des arrêts beaucoup plus jeunes qu'en
174 intrahospitalier. Avant oui y a toujours un peu de stress oui mais on sait qu'on aura du monde
175 on sait que on peut appeler le réa ou le médecin anesthésiste si on a des soucis d'intubation
176 euh humm. Enfin voilà on a des ressources humaines et matérielles qu'on n'a pas à l'extérieur.
177 Donc moi l'arrêt je peux pas dire que ça me stresse plus qu'une autre situation.

178 **Enquêteur** : Si on reprend la situation d'aujourd'hui, vous avez eu des difficultés d'intubation,
179 du coup vous vous êtes remis en question ?

180 **IADE 2** : Alors euh oui on s'est remis en question mais bon elle était Cormack 4 euh voilà on
181 n'allait pas faire de trachéo ou faire sous fibroscopie quoi donc oui on s'est remis en question
182 mais on a suivi l'arbre décisionnel d'intubation difficile. On a fait Eschmann on est passé au

183 fast track. On a quand même réussi à intuber finalement. Bon après je dis pas peut-être qu'on
184 n'était pas bien positionné ou peut-être ... on aurait sûrement pu faire autrement après sur le
185 moment voilà on a suivi le protocole d'intubation. C'est sûr que sur le moment on n'est pas
186 très fier on est en difficulté mais voilà sur le moment c'est difficile de réfléchir on a exécuté
187 l'algorithme d'intubation et puis voilà. Après oui on peut en rediscuter avec le médecin et se
188 remettre en question sur comment on aurait pu faire autrement.

189 **Enquêteur** : Et quand vous vivez une situation difficile ça vous arrive d'y repenser ?

190 **IADE 2** : Oui oui on y repense parce que c'est pas tellement le fait qu'il est décédé. Car la
191 réanimation on fait tout notre possible moi personnellement j'arrive à me dire qu'on a fait tout
192 notre possible par contre c'est plus pour les parents, l'entourage, la famille et les infirmières
193 du service. Euh voilà c'est plutôt ça qui est plus difficile à gérer. Après oui si c'est un jeune si
194 c'est une mort subite et qu'il n'y a pas de patho sous-jacente on se demande ... on aimerait
195 bien savoir ce qui s'est passé. Et pourquoi ?

196 **Enquêteur** : Et dans le cas de situation difficile est ce que vous réfléchissez à la prise en
197 charge à posteriori ?

198 **IADE 2** : Oui oui oui. On discute des situations difficiles. Pas forcément ... pas uniquement
199 sur ce qu'on a fait parce que moi je trouve que dans les équipes je pense qu'on sait travailler
200 ensemble. Mais après oui on en rediscute beaucoup. On n'a pas de psychologue dans le
201 service on nous en propose pas forcément donc on se fait nos débriefings entre nous quoi.
202 Quand on mange ou quand on revient le temps de refaire le véhicule si c'est de
203 l'extrahospitalier ou de rempoter le sac d'urgence donc euh on raconte comment ça s'est
204 passé et déjà rien que ça on évacue un petit peu quoi. On arrive à évacuer comme ça mais
205 c'est pas pour autant qu'on n'y repense pas après.

206 **Enquêteur** : Et du coup ces temps d'échanges ça vous a permis de modifier vos pratiques
207 par la suite ?

208 **IADE 2** : Pratiques ... c'est tellement protocolisé que je pense que y a pas grand-chose à
209 changer. Là où oui ça va améliorer les pratiques c'est plus que quand on a des difficultés
210 d'organisation plus que de techniques pures ba là oui le fait d'y réfléchir en équipe ça améliore
211 nos pratiques. Mais après je pense que ça sert aussi à évacuer les émotions.

212 **Enquêteur** : Euh voilà ensuite on quoi consiste pour vous le rôle de l'IADE auprès des
213 professionnels de service ? Et auprès des membres de votre équipe de SMUR ?

214 **IADE 2** : Rôle ? Euh ... moi je sais que le fait d'avoir fait l'école d'IADE ça m'a mis à l'aise je
215 ne sais pas comment mes autres collègues IDE elles se sentent mais moi j'ai acquis plus de
216 savoirs et de pratique au niveau de l'intubation, de dextérité. Moi souvent quand j'intube c'est
217 parce que le médecin n'y arrive pas et dans 95% des cas j'y arrive donc moi je suis à l'aise là-
218 dessus. Euh ça me permet d'être un peu plus relax. De pouvoir apporter ce plus là après euh
219 au niveau de l'école d'IADE ça m'a apporté aussi de comprendre pourquoi. Pourquoi on fait

220 telle et telle choses. La physiologie, la physiopathologie. Euh donc ça moi ça m'a servi pour
221 comprendre ce que je fais et pas faire simplement parce que le médecin il me dit de le faire.
222 Donc même peut être proposer des choses. Je ne suis pas décisionnaire mais je peux
223 proposer des choses. Faut savoir le dire mais on peut proposer des choses. Après y a aussi
224 mes années d'expérience ça de toute façon ça a du poids.

225 (Silence).

226 **Enquêteur** : Tout à l'heure vous me parliez de faire pratiquer les infirmières du service pendant
227 la réanimation. Du coup est ce que vous partagez votre expérience et vos connaissances avec
228 eux justement ? Et dans quel but ?

229 **IADE 2** : Euh ba déjà au niveau des élèves oui. Après au niveau des infirmiers au SMUR on
230 a quand même une majorité d'infirmiers et d'infirmières qui sont là depuis un certains nombres
231 d'années ... moi si on me pose des questions euh j'essaie d'y répondre. Quand les nouvelles
232 arrivantes arrivent on me fait doubler avec pour un petit peu les former. Je leur présente le
233 matériel donc je leur explique les drogues, le matériel des véhicules et tout. On passe tout en
234 revue. Et là effectivement ... alors peut être que j'apporte plus de précisions qu'un autre sur
235 certaines drogues d'anesthésie mais je vois dans notre pool on a aussi des infirmières de réa
236 donc elles savent des choses aussi. Elles ont des connaissances autant que moi. Ce que je
237 veux dire c'est que y a pas que ma formation d'IADE qui est un plus y aussi l'expérience de
238 chacun. Si on travaille aussi bien en équipe c'est parce que on est complémentaire. Chacun
239 avec son expérience et puis ba ses connaissances ... on se complète voilà.

240 **Enquêteur** : D'accord vous me parliez également que vous faites ventiler les infirmières en
241 service quand la situation le permet. Vous arrivez à prendre ce temps-là pour les former,
242 pouvez-vous m'en dire plus ?

243 **IADE 2** : Tout dépend après euh si on voit que la réanimation n'aboutit à rien et qu'on va
244 arrêter la réanimation parce que ... voilà ... on peut prendre le temps de leur faire faire les
245 choses. C'est comme ça qu'on apprend le mieux. Même après l'extubation. Moi je trouve qu'il
246 vaut mieux leur faire faire en situation comme ça où c'est réel. De toute façon le patient est
247 décédé donc y a pas de conséquences sur sa survie mais au moins par rapport au mannequin
248 ils ressentent mieux les choses. Un massage cardiaque sur un mannequin et sur un patient
249 c'est différent. Voilà j'essaie de leur donner toutes les chances pour qu'elle fasse quelque
250 chose de bien le jour où ça leur arrivera sur quelqu'un de 30 ans ou de 35 ans.

251 **Enquêteur** : Les infirmières vous parlent facilement en service ?

252 **IADE 2** : Oui en tant que ... qu'infirmière moi je ne les laisse pas de côté déjà. Clairement par
253 rapport au médecin ... oui elles me parlent facilement à moi. Non franchement les médecins
254 non c'est tout le temps à l'IADE ou l'infirmier ou même l'ambulancier à qui elles parlent. Nous
255 on a des médecins ils font leur truck puis ils repartent aux urgences. Moi je ne pars pas en les
256 laissant comme ça. Non ça me dérange. Euh j'extube voilà je leur demande s'ils ont des

257 questions c'est très rare que je ne reste pas un peu ou alors c'est parce qu'on est bipé. Non
258 moi je ne les laisse pas avec tout en plan.

259 On a l'expérience des situations difficiles or nous on a l'habitude d'avoir le regard des familles.
260 On a l'habitude de rester avec les familles de leur expliquer la suite de ce qu'il faut faire si le
261 patient est décédé. Voir s'ils peuvent appeler quelqu'un. Voilà déjà on a un peu cette
262 expérience-là. Voilà dans un service on est entre nous. C'est facile d'échanger. Je me
263 souviens il y a eu une hémoptysie en service y'en avait partout les infirmières elles ont eu du
264 mal à encaisser. C'était une mort violente quand même donc oui elles ont du mal nous est
265 habitué à ça avec les AVP, les gens coincés. Nous l'hôpital ça devient pour nous un milieu
266 facile donc déjà on a plus ça a géré donc on est plus à même de prendre du temps pour
267 discuter. Les infirmières en service elles n'ont pas cette expérience c'est plus difficile pour elle
268 a gérer voilà.

269 **Enquêteur** : D'accord et donc ma dernière question, à votre avis comment est-ce que nous
270 pourrions améliorer la prise en charge de l'arrêt cardiaque intrahospitalier, dans les services ?

271 **IADE 2** : Ba clairement les formations. Là actuellement c'est l'AFGSU peut être qu'il y aurait ...
272 mais avant de faire l'AFGSU moi j'ai commencé y a très très longtemps à aller dans les
273 services. Y avait pas de CESU. On était un groupe on allait dans les collèges et tout et on a
274 commencé ici en intrahospitalier et où on faisait des formations uniquement sur l'arrêt. On a
275 commencé que sur l'arrêt. Ça durait 4h, une matinée. L'AFGSU maintenant c'est trois jours
276 mais on avait mis au moins cette formation là en place parce que y avait rien y avait pas d'aspi
277 dans les chambres donc leur faire comprendre que l'aspi ça fait partie du matériel de
278 réanimation alors qu'il y avait un manomètre qui était dans la pièce au bout du couloir. Tiens
279 d'ailleurs ça c'était aussi une difficulté même si maintenant c'est beaucoup mieux. Enfin voilà
280 ça a été un petit peu long. Mais voilà moi de ce côté-là je suis assez satisfaite on voit une
281 amélioration. Donc voilà y a cette AFGSU moi je trouve que c'est un plus mais peut-être
282 pourquoi pas enfin il existe une formation mais on l'a fait pas trop on n'est pas assez et puis y
283 a cette AFGSU mais euh une journée sur l'arrêt alors on a mis en place une formation par
284 exemple de 4h sur le chariot de réanimation. Et déjà rien que ça j'ai fait un arrêt en service de
285 chirurgie elle en pleurait la fille. Parce que c'était une jeune qui était arrivée avec plein plein
286 de boulot, en sous-effectif elle avait pas eu le temps de s'intéresser encore au chariot de
287 réanimation donc elle savait pas où se trouvait le laryngo elle savait pas ...y a fallu que ce soit
288 une aide-soignante qui aille chercher le laryngo dans le service d'à côté pour que ce soit
289 l'infirmière de l'autre service qui lui donne son laryngo de son chariot enfin... Avec une
290 pression du médecin anesthésiste qui avait été appelé. Donc voilà elle en pleurait quoi. Donc
291 moi je pense qu'il y a quand même euh des choses à faire y a le chariot, y a l'arrêt cardiaque
292 oui ne faire ne serait-ce que 4h dédié à ça.

293 **Enquêteur** : Pour reprendre ce que vous me dites sur le chariot d'urgence. J'ai interrogé deux
294 infirmières elles m'ont dit toutes les deux que même si elles s'étaient intéressées au chariot,
295 qu'elle le vérifiait ... ba que finalement c'est le jour où elles ont eu un arrêt qu'elles se sont
296 rendu compte que le matériel était complètement dispersé, que c'était mal organisé...

297 **IADE 2** : ... Oui mais ça on en parle beaucoup que ... de dédramatiser euh de dédramatiser
298 la situation de l'arrêt car y a pas pire et que justement c'est très protocolisé que c'est « facile »
299 à prendre en charge parce que ... oui enfin c'est facile si on est en nombre ! C'est sûr que tout
300 seul on est limité. La nuit elles sont deux sans médecin donc c'est pas simple nuit donc il faut
301 arriver à leur faire comprendre les priorités le massage déjà que si le patient n'est pas perfusé
302 il faut le faire. Si elle n'y arrive pas tant pis ce qui compte c'est le massage et puis d'appeler à
303 l'aide bien sûr. Nous on sensibilise aussi qu'il faut utiliser toutes les ressources. Une secrétaire
304 elle est capable de donner l'alerte. Peut-être pas masser quoi que les secrétaires ont l'AFGSU
305 1 donc elles peuvent le faire. Dans l'arrêt certes il ne faut pas non plus être trop nombreux car
306 après on sait plus qui fait quoi mais voilà faut exploiter tout le monde.

307 Après oui je repensais aussi la difficulté aussi c'est les équipes qui ont du mal à nous voir
308 arrêter une réanimation aussi. Ça ça peut être une difficulté aussi. Leur expliquer que ba voilà
309 pourquoi on arrête. Ça c'est très important de discuter de ça avec eux. C'est quand même leur
310 patient. Quand elles ont les gens qui sont hospitalisés depuis 15 jours qu'elles commencent à
311 connaître euh voilà c'est difficile.

312 **Enquêteur** : Oui donc vous prenez le temps de discuter avec eux.

313 Oui un petit peu quand même. Après par contre si la difficulté sur un arrêt c'est si on arrive
314 pas à perfuser. Ça ça me met en difficulté. Après on dit oui y a l'intra osseux mais je trouve
315 personnellement que le KT intra osseux pour injecter juste de l'adré oui mais après pour le
316 remplissage le débit il est pas terrible.

Transcription entretien IADE 3 : 21 min et 26 sec - 24 avril 2018.

- 1
2
3 Femme, IADE en service SMUR et bloc d'un centre hospitalier.
4 (Début de l'enregistrement).
5 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?
6 **IADE 3** : Alors j'ai 31 ans.
7 **Enquêteur** : Depuis quand êtes-vous diplômés infirmière ? Et depuis quand êtes-vous
8 diplômés IADE ?
9 **IADE 3** : Alors je suis diplômé infirmière depuis 2007 et depuis 2016 en tant qu'IADE.
10 **Enquêteur** : D'accord. Et depuis combien de temps êtes-vous dans ce secteur-là de SMUR
11 et bloc ?
12 **IADE 3** : Depuis la sortie de l'école c'est-à-dire depuis 2016. Depuis octobre 2016.
13 **Enquêteur** : Votre activité SMUR-bloc, elle se répartit comment ? 50-50 ?
14 **IADE 3** : La répartition non ça dépend du ... on a des gardes d'anesthésie aussi. Ça fonctionne
15 plus ou moins en garde de 24h. Sur 6 gardes je vais avoir ... au début on a beaucoup plus de
16 garde de SMUR puis après on oscille entre 3 gardes par mois d'anesthésie et 3 de SMUR.
17 **Enquêteur** : Ok. Est-ce que vous avez dans d'autres secteurs depuis votre diplôme d'IADE ?
18 **IADE 3** : En tant qu'IADE non du coup. Mais en tant qu'infirmière j'ai exercé en réanimation,
19 soins intensifs, en cardiologie et aux urgences.
20 **Enquêteur** : Très bien. Est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en
21 dehors de votre profession d'IADE ?
22 **IADE 3** : Moi je suis sapeur-pompier ... volontaire sur le centre de secours principal de
23 Château-Thierry.
24 **Enquêteur** : D'accord. **Comment vous êtes formés à la prise en charge de l'arrêt**
25 **cardiaque ?**
26 **IADE 3** : Alors à la prise en charge de l'arrêt cardiaque je l'avais d'abord sur la formation
27 pompier puisque je suis titulaire du CFAPSE 1 et du CFAPSE 2 ... euh ancienne AFPS. Donc
28 beaucoup de recyclage annuellement pour l'arrêt cardiaque chez les pompiers en tout cas.
29 Je ne suis pas titulaire de l'AFGSU (rires). Etant de l'ancienne réforme ce n'était pas encore
30 obligatoire. Voilà. Et n'étant pas prioritaire initialement pour passer l'AFGSU quand j'étais en
31 réa car l'hôpital a priorisé la formation aux gens qui ne pratiquaient pas entre guillemets. Et
32 après j'ai été formé à l'école d'IADE. Sur l'arrêt cardiaque et sur la prise en charge de l'arrêt
33 cardiaque. Mais j'avais quand même eu quelques apports à l'école d'infirmière.
34 **Enquêteur** : D'accord. Et dans votre pratique actuelle vous continuez de vous former à l'arrêt
35 cardiaque ?
36 **IADE 3** : Pour l'arrêt cardiaque, j'ai été formée pendant l'école d'IADE, c'est plutôt récent du
37 coup. Et puis plus récemment tous les ans il y a un recyclage au niveau des pompiers on a un

38 recyclage justement sur les techniques dans l'arrêt cardiaque comme le massage cardiaque
39 euh la ventilation au masque mais au niveau secourisme pas infirmier. On pratique aussi bien
40 individuellement qu'en équipe mais voilà au niveau secourisme. On se recycle avec les
41 normes de secourisme pas les normes infirmiers.

42 **Enquêteur** : Donc si je comprends bien depuis l'école d'IADE vous n'avez pas eu de formation
43 institutionnalisée dans le cadre de votre activité professionnelle ?

44 **IADE 3** : En tant qu'infirmière anesthésiste sur l'établissement non. Mais en même temps j'ai
45 fini l'école en 2016 c'est récent.

46 **Enquêteur** : Est-ce que vous pensez que votre formation actuelle est suffisante ?

47 **IADE 3** : Pour l'école d'IADE c'est vraiment une formation complète. Je pense qu'elle est
48 suffisante pour ma part. Pourquoi pas se remettre au gout du jour sur les nouvelles pratiques
49 mais bon ... la technique du massage je l'ai régulièrement puisque tous les ans je suis recyclée
50 chez les pompiers. J'en fais assez souvent en plus. Après l'intubation on est quand même
51 confronté à intuber tous les jours au bloc donc à part se renouveler ... se remettre au gout du
52 jour sur les nouveaux protocoles y a pas vraiment de formation spécifique.

53 **Enquêteur** : Et vous intervenez à quelle fréquence à peu près dans les urgences
54 intrahospitalières et notamment l'arrêt cardiaque ?

55 **IADE 3** : Les arrêts cardiaques ça arrivent très fréquemment. Mais alors c'est des vagues sur
56 une journée de 24h vous allez peut-être avoir des fois 2 ou 3 arrêts et des fois on en n'a pas.
57 Là hier c'était calme y a rien eu de particulier mais des fois on en a plusieurs c'est des vagues.
58 On intervient aussi bien à domicile qu'en intrahospitalier. En intrahospitalier en fait dès qu'il y
59 a un arrêt c'est le SMUR qui intervient. Sauf en réa bien sûr car c'est un service de surveillance
60 continue en général ils gèrent eux-mêmes logiquement on n'est pas appelé. Car ils ont déjà
61 des anesthésistes réanimateurs sur place. Si on est appelé c'est parce que le médecin n'est
62 pas disponible.

63 **Enquêteur** : Vous me dites que c'est donc le SMUR qui intervient dans la prise en charge des
64 arrêts cardiaques intrahospitalier, comment s'organise la chaîne de survie intrahospitalière ?
65 Qui compose cette équipe de SMUR ?

66 **IADE 3** : Donc l'équipe de SMUR elle est composée du médecin des urgences, un IADE
67 systématiquement. Ici, c'est toujours un IADE il n'y a que des IADE au SMUR il n'y a pas
68 d'infirmier. Et un ambulancier de SMUR. Donc on a en fait deux équipes. On a l'équipe de
69 SMUR mais si le SMUR est déjà pris en externe et qu'il y a un arrêt cardiaque ou une autre
70 urgence dans l'hôpital du coup en intrahospitalier dans ce cas-là il déclenche l'IADE
71 d'anesthésie car y a un deuxième IADE qui est déjà sur place. Il est appelé avec le deuxième
72 médecin des urgences ou éventuellement le réanimateur.

73 (silence).

74 **Enquêteur** : Et du coup la procédure de prise en charge des urgences intrahospitalières, elle
75 s'organise comment dans votre établissement ?

76 **IADE 3** : Les services appellent un numéro unique qui en fait arrive directement sur un
77 téléphone rouge qui arrive aux urgences. Les services sont formés au numéro unique. Donc
78 voilà ils appellent et là ça déclenche un SMUR en intrahospitalier. Et nous on est après appelé
79 sur nos téléphones type decs euh on nous dit qu'on doit se rend dans tel ou tel étage. Les
80 infirmières font le relais ... les infirmières des urgences font le relais en fait. Pour nous informer.

81 **Enquêteur** : Votre dernier arrêt cardiaque en service il remonte à quand ?

82 **IADE 3** : Peut-être un mois environ.

83 **Enquêteur** : Pouvez-vous me décrire la prise en charge d'un arrêt cardiaque en service que
84 vous avez vécu au cours de votre activité professionnelle ?

85 **IADE 3** : De mon point de vue ou des services ?

86 **Enquêteur** : Du vôtre. Comment s'organise la prise en charge ?

87 **IADE 3** : En fait on arrive ... donc quand c'est un arrêt cardiaque ... l'ambulancier monte avec
88 le chariot en fait on a un chariot d'urgence quand même qui est aux urgences dédiés à
89 l'intrahospitalier. Pour notre part nous ils nous informent du service dans lequel a lieu l'arrêt et
90 donc on monte directement sans forcément avoir le médecin sous le coude. Voilà donc si on
91 est dans notre chambre de garde ... on va dire en journée on se rend directement en service
92 dans les étages.

93 A savoir qu'aux étages ils ont des chariots d'urgence par étage eux savent où se trouve le
94 chariot et donc le matériel. Euh moi n'ayant jamais travaillé dans les étages je ne sais pas
95 forcément où se trouve le chariot d'urgence des étages. Mais quand on demande ils savent
96 toujours où se trouve le chariot en général. Parce qu'il fluctue en fonction des services. Donc
97 euh souvent on est accueilli par l'infirmière qui a commencé ou non les manœuvres de
98 réanimation on essaie de se renseigner un peu sur le dossier car si c'est un acharnement
99 thérapeutique c'est un petit peu délicat puis ba après on attaque les manœuvres de
100 réanimation donc ba pour ma part je fais participer le service. Je le fais déjà pour moi parce
101 que quand tu arrives toute seule c'est compliquer de prendre en charge l'arrêt toute seule. Euh
102 en général ils sont perfusés par le service ou s'ils ne le sont pas moi je suis plutôt accès
103 pédagogie pour ma part je leur indique de préparer de l'adré ou je sors l'ampoule et je leur dis
104 de préparer l'adré et moi pendant ce temps-là ba s'ils n'ont pas commencé le massage ba je
105 leur explique aussi comment on fait le massage et puis dans ce cas je commence à préparer
106 mon matériel d'intubation en fait donc souvent j'intube. Après ça se déroule ... au début il y a
107 beaucoup d'actions puis après on se débrouille. Si on n'a pas de scope ba système D on a
108 forcément des électro dans les étages et puis après rapidement l'ambulancier arrive avec le
109 scope. C'est bien organisé. En fait l'IADE est un peu le « chef d'orchestre » du bon
110 déroulement de la prise en charge. Voilà pour ma part à chaque fois ça se passe comme ça.

111 C'est vrai que certains services sont pas forcément confrontés aux arrêts j'ai eu le coup quand
112 je suis arrivée en médecine gériatrique où ils avaient moins l'habitude d'arrêt ou souvent ils ne
113 sont pas réanimés donc c'est vrai qu'ils ne savent pas. On essaie de faire de la pédagogie on
114 est bien obligé pour que la prochaine fois ça sert de leçon. Ce que je veux dire c'est que ba
115 on s'améliore après ça.

116 **Enquêteur** : Vous me dites qu'en tant qu'IADE vous êtes comme le chef d'orchestre du bon
117 déroulement de la prise en charge vis-à-vis du service, euh qu'en est-il au sein de l'équipe de
118 SMUR ?

119 **IADE 3** : L'ambulancier souvent s'il est là il nous prépare du matériel s'il est arrivé car en intra-
120 muros enfin ça dépend si on arrive tous en même temps. En fait tout dépend comment on
121 arrive en fait. Si on arrive tous ensemble bien sûr là c'est facile on se répartit les tâches la perf
122 en général est posée vu qu'on est dans un service médicalisé. Après là on va considérer qu'on
123 est dans l'idéal donc on a une perf de posée. Donc soit on va commencer par l'adré soit moi
124 soit l'infirmier du service soit le médecin ça dépend. Sinon si je fais pas l'adré je prépare mon
125 plateau d'intubation ou le médecin à l'inverse y a pas vraiment de règles en fait ça dépend qui
126 va être là à ce moment-là. Le médecin souvent va prendre les renseignements donc ça se fait
127 en concertation une fois qu'on va avoir intubé comme il y a des infirmières du service on peut
128 donner la consigne de passer l'adré. Donc y a pas de soucis particulier. Souvent on est au
129 moins en binôme c'est souvent l'IADE qui se met à la tête c'est rarement le médecin qui intube
130 car on a notre expérience de bloc on le fait plus souvent que lui. Ils vont se mettre au massage
131 souvent.

132 **Enquêteur** : Vous me parlez de répartition de tâches, de binôme, qu'est-ce que le travail en
133 équipe pour vous ?

134 **IADE 3** : Justement c'est réussir à faire l'action ensemble dans un but commun. C'est-à-dire
135 il n'y a pas de règle ça va vraiment dépendre de la situation y a rien de préétabli si je me mets
136 à la tête lui il va forcément se mettre là et ainsi de suite. Ça va vraiment dépendre de la situation
137 voilà. Selon le lieu, selon le matériel qu'on a. L'infirmière va être sur les lieux le but c'est de
138 travailler en équipe donc souvent on est un peu le chef d'orchestre pour que ça se passe bien
139 que ce ne soit pas le chantier partout bien sûr... pour que ce soit organisé en fait d'une certaine
140 manière.

141 **Enquêteur** : Vous me dites que vous impliquez les professionnels de service, pouvez-vous
142 m'en dire plus ?

143 **IADE 3** : Le fait de les impliquer ça m'aide moi et ça les implique également dans la
144 réanimation pour qu'ils apprennent les gestes d'urgence. Je veux dire en leur donnant des
145 consignes claires certes ils ne vont pas pouvoir intuber mais ils peuvent faire le reste. Ça
146 permet de les impliquer dans la réanimation comme ça ils se sentent moins impuissants. Des
147 fois pour les gens qui n'ont pas beaucoup de pratique ba ça permet aussi de les former.

148 **Enquêteur** : Ils sont assez demandeurs pour participer à la réanimation ?

149 **IADE 3** : Ça dépend des équipes. Initialement ils ont peur, ils sont plutôt en retrait. Pour ceux
150 qui manque d'expérience clairement ils s'effacent au début. Sinon dans l'ensemble ils sont
151 plutôt demandeurs. Le seul souci qu'on peut avoir c'est que parfois y a un peu trop de monde
152 dans la pièce. Donc je suis obligée de réduire le nombre de personne. Ba du coup quand il y
153 a trop de monde c'est compliqué des fois de faire sortir les gens donc j'essaie de leur trouver
154 une mission à chacun sans que ce soit Bagdad. Puisqu'il faut que ça reste organisé. Le but
155 c'est de trouver une mission à chacun selon ses cordes pour agir de manière harmonieuse
156 tous ensemble pour réanimer le patient.

157 **Enquêteur** : D'accord. Vous me dites que trop de monde ça vous pose soucis, est-ce que
158 vous avez rencontré d'autres difficultés ? Est-ce que vous avez vécu des situations d'arrêts
159 difficiles ?

160 **IADE 3** : Donc oui un grand nombre de personne. Quand il y a trop de personne tout le monde
161 veut faire quelque chose et finalement c'est un petit peu désorganisé. Les autres difficultés ça
162 va être le manque de connaissances. Le chariot d'urgence est devant la chambre mais y a
163 pas de manœuvres de réa de mise en place. Ils ne sont pas du tout de mauvaises volontés
164 mais ils ne savent pas. Donc voilà. Une autre situation difficile aussi, c'est peut-être de
165 réanimer parfois alors qu'on ne devait pas. Ça c'est le problème. Parfois on nous appelle sur
166 un arrêt alors que le patient a demandé à ne pas être réanimé sauf qu'on ne nous le dit pas
167 quand on arrive et avec l'urgence de la situation on n'a pas toujours le temps de prendre
168 connaissance du dossier. On n'a pas toutes les informations. Dans l'urgence on n'a pas
169 forcément le temps de communiquer. Et puis ba la seule situation que j'ai vécu que je
170 qualifierai vraiment de difficile pas pour ma part mais surtout pour les infirmières du service.
171 Qui a été choquant pour les infirmières du service de gériatrie. La situation que je vous ai
172 raconté tout à l'heure où l'équipe n'était pas du tout formée. C'était un arrêt où ba la réa n'était
173 pas commencé car elles ne savaient pas. J'ai bien vu qu'elles étaient vraiment choquées.
174 Heureusement on a récupéré le patient sinon je pense que ça aurait été encore plus choquant
175 pour elles. Malheureusement la famille finalement ne voulait pas de réanimation. Je suis
176 retournée dans le service après pour discuter. Pour discuter de l'organisation. Faire une sorte
177 de débriefing sur ce qui n'a pas été, pour voir ce qui est à améliorer et aussi pour les
178 encourager. A chaud. Tout de suite. J'y suis allée tout de suite après en post intervention pour
179 ne pas qu'ils appréhendent.

180 **Enquêteur** : D'accord. Et vous comment vous vivez la prise en charge de l'arrêt cardiaque ?
181 Au moment où vous êtes appelés, pendant la réa et après ?

182 **IADE 3** : Alors au début une petite montée d'adrénaline (rires) forcément. Et puis euh ... et
183 puis en intramuros on a quand même moins de difficultés qu'en extra hospita. Les patients sont
184 souvent déjà perfusés. En extra hospita je suis plus inquiète car c'est possible de ne pas pouvoir

185 perfuser ou intuber. C'est un environnement beaucoup plus hostile qu'en intramuros. Après
186 euh comment je le vis ? généralement bien quand même car le patient je ne le connais pas
187 forcément déjà donc on a moins d'affects après ça dépend comment la situation se prête et
188 l'âge ça peut contribuer. Pour ma part même si certaines situations me choquent ou me
189 touchent ça reste notre quotidien donc on se forge une carapace et puis quand ça va vraiment
190 pas on en parle entre nous.

191 **Enquêteur** : Il vous arrive de repenser à certaines situations ? Même en dehors du travail ?

192 **IADE 3** : Oui ça arrive bien sur mais après comme je disais on en parle en équipe. On est
193 toujours au moins de deux gardes donc on peut en parler facilement y a pas de soucis.
194 Souvent on demande à l'autre si on a bien fait même si on connaît la procédure pour les arrêts
195 parfois la situation ne permet pas de faire les choses comme on le voudrait. Si on a le moindre
196 souci on peut faire appel à un collègue.

197 **Enquêteur** : C'était ma prochaine question justement, est-ce que vous réfléchissez à la prise
198 en charge de l'arrêt cardiaque après ? Et du coup comment faites vous ?

199 **IADE 3** : Oui bien que tout le monde connaît la prise en charge de l'arrêt mais sur la pathologie
200 initiale on peut se poser la question de l'arrêt qu'est-ce qu'on aurait pu améliorer souvent on
201 réfléchit en équipe quand on a un doute on discute avec un collègue et on essaie de se
202 comparer et de se mettre au gout du jour des nouvelles recommandations.

203 **Enquêteur** : D'accord, c'est un temps formalisé ou c'est ...

204 **IADE 3** : Non c'est entre nous. Il n'y a pas de temps formalisé c'est entre nous on en discute
205 entre nous même pas que pour les arrêts pour toutes les situations d'urgence et encore plus
206 en SMUR. On arrive à se faire un débriefing entre nous soit dans le camion soit en rangeant
207 le matériel.

208 **Enquêteur** : Vous me dites que vous vous remettez à jour au niveau des procédures ? Vous
209 faites ça comment ?

210 **IADE 3** : La remise à jour souvent ba on pose des questions aux médecins mais ça reste le
211 plus souvent individuel plus que collectif. On continue de se former par nous-même. Et puis si
212 vraiment on a eu de grosses difficultés on peut faire appel au chef du service.

213 **Enquêteur** : Est-ce que vos recherches et le fait de discuter de la situation en équipe ça a
214 modifié vos pratiques par la suite ?

215 **IADE 3** : Oui bien sûr. On tient forcément compte des expériences du passé pour s'améliorer
216 enfin des expériences passées pour les expériences futures. Pour être plus exactes. Donc oui
217 ça a modifié mes pratiques mais aussi celles de mes collègues. Bien qu'en intrahospitalier
218 c'est plus sécurisant qu'en extrahospitalier. En extrahospit c'est là où là on discute vraiment
219 souvent en équipe. Avec l'ambulancier ca arrive qu'on fasse un débriefing entre nous puisque
220 mais même avec le médecin pour savoir ce qu'on aurait pu améliorer si c'était bien et puis je
221 discute aussi beaucoup avec mes collègues IADE. Sur la prise en charge pure. C'est normal

222 on se connaît bien on a fait la même formation. Ils sont plus aux claires que l'ambulancier qui
223 n'a pas le même niveau de compétence.

224 **Enquêteur** : Et en intrahospit avec les infirmières du service elle discute plus facilement avec
225 vous ?

226 **IADE 3** : Nous on est assez ouvert en fait. En plus on intervient dans les services pour pose
227 de perf et tout. On a des missions transversales donc euh on est assez proche des équipes
228 de service. Souvent la barrière qu'on peut avoir du fait d'être une équipe de réa spécialisée
229 ba finalement d'avoir ses activités transverses ça aide. Ils nous parlent facilement. C'est assez
230 familial si je peux dire. S'ils ont des questions ils nous appellent par téléphone des fois pour
231 des questions sur les médicaments ou d'autres choses. Pour tout problème ils appellent
232 l'IADE ! (rires)

233 **Enquêteur** : Au moins ils savent qui vous êtes, ils ont conscience de vos compétences. Dans
234 certains lieux ils ne savent pas qui est en face d'eux. Si c'est un IADE ou un infirmier.

235 **IADE 3** : Là non. S'il y a des difficultés de pose de perfusion on intervient. Dès qu'ils ont un
236 doute sur quelque chose on intervient quand c'est pour tout ce qui est programmation de bloc
237 on nous appelle. On va voir les dossiers donc ... Enfin bref tout ça ... ça nous aide à tisser
238 des liens entre les équipes en fait. Ils nous connaissent. Ils nous font confiance.

239 **Enquêteur** : Justement après j'allais vous demander en quoi consiste le rôle de l'IADE pour
240 vous au sein de ces équipes de service ... dans le cadre de l'urgence ?

241 **IADE 3** : C'est vraiment un rôle de formation. Pour ma part. C'est vraiment d'améliorer les
242 pratiques. Pour le cas de l'arrêt il faut travailler en équipe le but c'est que eux détecte l'arrêt
243 qu'ils commencent à prendre des premières mesures ... à prodiguer des soins adaptés. Je
244 veux dire ils ne savent pas réagir même si au moins ils ont alerté s'ils ont rapproché le chariot
245 d'urgence et commencer certaines manœuvres de réanimation c'est une chance de gagner
246 pour le patient. C'est sûr que s'ils ne connaissent pas du tout la procédure ou qu'ils
247 appréhendent notre venue pour travailler c'est plus compliqué donc ça favorise le travail en
248 équipe d'avoir des bonnes relations aussi. Avec les étages et puis entre nous. Et puis ba ça
249 améliore la prise en charge la prise en charge du patient. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure.
250 Parfois je suis toute seule quand j'arrive dans les étages. Le temps que l'ambulancier arrive
251 et le médecin aussi. Ba faut que je commence la réanimation. Sauf qu'il faut être au moins
252 trois. Donc j'ai besoin de l'aide des professionnels du service. Du coup si on n'a pas de bonnes
253 relations ils ne vont pas vouloir aider. Si je ne suis pas pédagogue ou si je ne prends pas le
254 temps de discuter avec eux ba c'est une perte de temps pour le patient.

255 **Enquêteur** : Vous me parlez de formation. Vous m'avez dit que l'hôpital proposait une
256 formation à tous les professionnels. Pouvez-vous m'en dire plus ?

257 **IADE 3** : C'est une formation interne en fait. Nous tout le monde n'était pas formé. Ils avaient
258 beaucoup de retard. Car nous le moniteur en AFGSU il n'est pas ici faut se déplacer dans un

259 autre hôpital. Pour ma part je n'ai toujours pas passé l'AFGSU. (rires). Mais bon peut être
260 qu'un jour je l'aurai. Mais au niveau des services je ne sais pas trop où ils en sont avec
261 l'AFGSU. Je sais qu'il faut s'inscrire en formation continue interne après on n'a pas de CESU
262 donc y a une histoire de dérogation je ne sais pas trop. Dans d'autres hôpitaux par exemple
263 c'est organisé. Mais nous on a eu des soucis car y a eu des cas où les professionnels avaient
264 l'AFGSU mais d'une autre région et du coup y a eu des soucis de recyclage etc. Donc résultats
265 les gens allaient se former sur un autre hôpital mais de la région.

266 **Enquêteur** : Pour vous les qualités pour bien réagir en situation d'urgence, d'arrêt cardiaque,
267 ce serait lesquelles ?

268 **IADE 3** : Déjà une bonne dextérité. Une connaissance de la procédure de la prise en charge.
269 Reconnaître déjà l'arrêt. Donc pour commencer déjà reconnaître l'arrêt. La dextérité car il va
270 falloir poser une perfusion préparation de médicaments ventilation. Mettre à jour ses
271 connaissances sur la prise en charge. Et puis surtout travailler en équipe. Avoir une bonne
272 entente, une communication de qualité.

273 **Enquêteur** : En terme de savoir être vous me parlez de bonnes relations entre les membres
274 de l'équipe, pouvez-vous m'expliquez ?

275 **IADE 3** : Ba c'est sûr que si on travaille de manière harmonieuse avec l'équipe le travail va
276 être fluidifié et puis des fois à minuit une heure du matin on est pas toujours on peut être
277 perturbé par l'horaire et donc éventuellement si on n'a pas toute notre faculté mentale si je
278 peux dire ça comme ça on a besoin de l'autre des fois qui peut nous permettre d'éviter de faire
279 certaines erreurs. Bien que bon sur les chariots l'adré est déjà prête à l'emploi en général il
280 faut juste la prélever dans une seringue. On a le matériel qui est quand même relativement
281 organisé. Donc c'est une procédure qui est tout de même organisée définie et claire quand on
282 a les connaissances. On a peu de chance de se louper sur l'arrêt cardiaque. Je parle pour
283 nous l'équipe de SMUR parce qu'on a l'habitude de gérer ce genre d'urgence. Pour le service
284 c'est différent ils n'ont pas d'expérience.

285 **Enquêteur** : D'une manière générale vous faites comment pour améliorer la prise en charge
286 de l'arrêt cardiaque ou des urgences ?

287 **IADE 3** : Pour améliorer les compétences en équipe ça va être de la formation. Ça passe par
288 de la formation et notamment certaines micro formations qu'on peut avoir avec des topos qui
289 sont faits certaines fois par des professionnels extérieurs. Euh après il y a aussi de la formation
290 personnelle. A titre euh de livres ou d'articles. Les recommandations. On a un logiciel dédié à
291 ça on peut se connecter sur le logiciel dans l'établissement et on a accès à toutes les
292 recommandations. On a une base de données. Et puis bien sur les médecins sont
293 généralement plus au claire avec les dernières recommandations et puis ils vont nous les
294 donner par voie orale. C'est vraiment un échange quoi. Je pense aussi au sein de l'équipe
295 c'est important. Chacun amène sa pierre à l'édifice comme on dit.

Transcription entretien IADE 4 : 17 min et 10 sec - 25 avril 2018.

- 1
2
3 Femme, IADE en service BLOC-SMUR d'un centre hospitalier.
4 (Début de l'enregistrement).
5
6 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?
7 **IADE 4** : Alors je vais sur 56 ans.
8 Enquêteur : Depuis quand êtes-vous diplômés infirmière ? Et puis IADE ?
9 **IADE 4** : Alors infirmière ... je suis diplômée depuis 1985. J'ai travaillé en tant que panseuse
10 essentiellement jusque 96. J'ai fait mon école d'IADE de 96 à 98. Donc je suis IADE depuis
11 98.
12 **Enquêteur** : D'accord. Et depuis combien de temps êtes-vous dans ce secteur-là de bloc et
13 de SMUR ?
14 **IADE 4** : Le bloc du coup j'y ai déjà travaillé en tant que panseuse. Dans le privé. De 86 à
15 janvier 89. Et après j'ai été panseuse dans le secteur public à partir de 89. Et j'ai continué le
16 bloc opératoire après l'école d'IADE. Et j'ai fait du SMUR.
17 **Enquêteur** : Votre activité SMUR-bloc, c'est 50 50, ça s'organise comment ?
18 **IADE 4** : Pas vraiment. Pas 50-50. En général, on fait une à trois gardes de 24h de SMUR par
19 mois.
20 **Enquêteur** : D'accord. Ok. Est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en
21 dehors de votre activité d'IADE ?
22 **IADE 4** : Euh en dehors du SMUR non du tout.
23 **Enquêteur** : Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardiaque ?
24 **IADE 4** : Alors j'ai surtout été formée à l'école d'IADE. Et après j'ai dû faire un cours sur
25 l'électrocardiogramme. Je ne me souviens plus de l'année exacte. J'ai 56 ans quand même
26 (rires). Non mais les années je ne sais plus je ne pourrais pas dire. Il me semble que j'ai eu
27 uniquement des petits rappels en réa pédiat. (silence) J'avais eu une formation aussi je pense
28 que c'était obligatoire à un moment donné avec le DSA. Mais bon on apprend surtout avec le
29 temps ... euh avec l'expérience quoi.
30 **Enquêteur** : D'accord. Euh sinon vous formez comment en dehors des formations
31 institutionnalisées ?
32 **IADE 4** : En général c'est souvent des protocoles. Puis c'est en discutant.
33 **Enquêteur** : Vous pensez que votre formation actuelle elle est suffisante pour prendre en
34 charge les urgences tel qu'un arrêt cardiaque ?
35 **IADE 4** : J'ose espérer. Après c'est un travail médecin infirmier et ambulancier. Voilà c'est un
36 travail en groupe c'est un travail en équipe. Mais après il faut aussi se remettre au goût du
37 jour.

- 38 **Enquêteur** : A quelle fréquence vous intervenez dans la chaîne de survie intrahospitalière ?
- 39 **IADE 4** : Alors c'est vraiment ... euh les jours se suivent mais ne se ressemblent pas. Par
- 40 exemple pour donner une anecdote. Un jour on est appelé pour un arrêt cardio-respiratoire
- 41 dans une chambre en intrahospitalier donc... Patient qui hélas on n'a pas pu récupérer. Et
- 42 puis une heure on est appelé pour un arrêt dans la même chambre. C'était le voisin de
- 43 chambre. Donc voilà après donc deux arrêts à intervalle de deux heures dans la même
- 44 chambre. On intervient tous les jours en intra hospitalier à chaque garde mais pas toujours
- 45 pour un arrêt il y a plein d'autres urgences.
- 46 **Enquêteur** : A quand remonte votre dernier cas d'arrêt cardiaque intrahospitalier ?
- 47 **IADE 4** : C'était dans le mois dernier.
- 48 **Enquêteur** : Comment fonctionne la chaîne de survie dans votre établissement ?
- 49 **IADE 4** : Donc le service doit automatiquement appeler le 15. C'est un numéro unique. Et le
- 50 SMUR est alerté.
- 51 **Enquêteur** : Et l'équipe de SMUR est composée de qui ?
- 52 **IADE 4** : Il y a un médecin urgentiste, une infirmière ou un IADE et d'un ambulancier. Et puis
- 53 on a un chariot intrahospit qui est vérifié tous les jours. Qui est euh à notre disposition euh
- 54 justement pour intervenir dans les étages. En service aussi il y a des chariots d'urgence ils ont
- 55 ce qu'il faut mais bon voilà nous on a vraiment tout ce dont on a besoin pour l'intubation euh
- 56 ils ont la planche mais normalement ils ont le minimum.
- 57 **Enquêteur** : Pouvez-vous me décrire la prise en charge d'un arrêt cardiaque en intramuros ?
- 58 **IADE 4** : Comment ça s'organise ?
- 59 Et bien bien souvent ou c'est ... tout dépend si le patient est perfusé. Donc bien souvent ou le
- 60 médecin ou l'infirmier anesthésiste se met à la tête. Euh en général quand on arrive le
- 61 massage est en cours. Souvent l'ambulancier fait le relais. Euh et puis le médecin ou l'IADE
- 62 prépare ce qu'il faut. Les drogues, la perfusion ... enfin voilà tout dépend du trio. Mais ça se
- 63 fait voilà comme ça. C'est assez naturel. Chacun son rôle.
- 64 **Enquêteur** : Et vous en tant qu'IADE vous vous positionnez comment dans ce trio justement ?
- 65 **IADE 4** : Moi je trouve qu'il y a une bonne entente puis voilà on se met d'accord peut être à la
- 66 limite quand on arrive c'est le dialogue. On dialogue c'est important. Chacun dit ce qu'il va
- 67 faire. Par exemple moi je dis je pose la perfusion et je me mets aux drogues. Et l'ambulancier
- 68 masse et le médecin se met à la tête. Par exemple. Enfin voilà on trouve chacun sa place.
- 69 **Enquêteur** : Pour vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir dans la prise en
- 70 charge de l'arrêt cardiaque ?
- 71 **IADE 4** : Le calme. Je trouve qu'on travaille mieux dans la sérénité. Il ne faut pas paniquer. Si
- 72 on veut rester organisé et travailler correctement ensemble voilà il faut rester calme et ne pas
- 73 paniquer. Sinon c'est comme ça qu'on fait des erreurs. (silence) Donc le calme après euh le
- 74 dialogue. C'est très très important.

75 **Enquêteur** : Vous me parlez donc de trio, de répartition des tâches, qu'est-ce que le travail
76 en équipe pour vous ?

77 **IADE 4** : Oui donc chacun a son rôle. Le massage en premier bien sûr c'est ce qui prime mais
78 voilà le massage pour être efficace il faut se relayer donc ba il faut être coordonné.

79 **Enquêteur** : D'accord merci. Est-ce que vous impliquez-les professionnels du service quand
80 vous arrivez sur l'arrêt ?

81 **IADE 4** : Bien sûr. Puisqu'on n'est pas les héros on ne dit pas poussez-vous donc voilà. En
82 général ça se passe bien. Bon on n'est pas dans nos locaux donc quand on a besoin de
83 quelque chose on demande ils sont disponibles. Ils participent au massage cardiaque aussi.
84 Ils sont acteurs dans le soin. Même s'il y a tous les cas de figure ils sont plutôt demandeur en
85 plus. Ils ont leur place aussi. En plus vu le monde actuel hospitalier, avec les sous effectifs il
86 n'y a pas trop de personnel donc on n'est jamais trop nombreux tous les bras sont utiles.

87 **Enquêteur** : Est- ce que vous avez rencontré des situations d'arrêt cardiaque difficiles en
88 intramuros ? Et quelles ont été ces difficultés ?

89 **IADE 4** : Ou le patient retrouve un rythme cardiaque ou il décède malheureusement. Ce qui
90 est difficile c'est de prendre la décision d'arrêter. Encore plus chez les jeunes adultes ou les
91 enfants.

92 Par contre c'est déjà arrivé où la RCP n'est pas commencé mais bon c'est quand même
93 exceptionnel franchement. De toute façon le médecin régulateur du centre 15 leur dit bien de
94 commencer le massage. Et puis même en général ils font au moins le massage quand même.

95 **Enquêteur** : Vous me dites que c'est plus difficile quand il s'agit de jeunes personnes ? ...

96 **IADE 4** : Bien évidemment c'est certain.

97 **Enquêteur** : ... Comment vivez-vous l'arrêt cardiaque dans ce cas là ? Quand vous êtes
98 appelés, pendant et après la réanimation ?

99 **IADE 4** : Ba avant on ne se pose pas vraiment de question on sait ce qu'on a à faire. Pendant
100 c'est pareil. Là où c'est vraiment plus difficile c'est après. Donc ba l'idéal c'est le débriefing, le
101 débriefing après.

102 **Enquêteur** : C'est quelque chose que vous mettez-en souvent place le débriefing ?

103 **IADE 4** : En fait on se le fait soi-même ce n'est pas quelque chose d'officiel après une
104 intervention qui est lourde c'est bien de discuter on en parle entre nous, en équipe.

105 **Enquêteur** : Et vous discutez également avec les professionnels du service ?

106 **IADE 4** : Bien sûr oui oui car c'est difficile pour eux. Encore plus que pour nous car nous on a
107 l'habitude. Pas eux. On essaie au maximum de trouver le temps pour discuter de la situation
108 avec eux. C'est souvent avec le médecin aussi qu'on discute avec les infirmières du service.
109 Si on prend la situation que je vous ai dit. Imaginez deux arrêts dans la même chambre à deux
110 heures d'intervalle à peine c'est choquant. On en a discuté après on s'est dit c'est pas possible.

111 Et on a appris en discutant avec les équipes du service qu'en fait les deux patients s'étaient
112 liés d'amitié. Et voilà c'est marrant parce qu'on s'est dit que le copain l'a appelé quoi.

113 **Enquêteur** : Et ça vous est arrivé de repenser à cette situation ?

114 **IADE 4** : Non et heureusement. Peut-être qu'un jour ça va resurgir là vous me posez la
115 question donc forcément j'y repense mais sinon non je n'y pense pas vraiment. Juste après
116 oui c'était difficile mais on en a discuté et puis voilà c'est comme ça de toute façon on sait très
117 bien que dans un arrêt on ne récupère pas toujours les patients même si on fait tout ce qu'on
118 peut.

119 **Enquêteur** : D'une manière générale, après une situation difficile vous réfléchissez à ce qui
120 s'est passé ?

121 **IADE 4** : Oui quand on s'aperçoit qu'on aurait peut-être dû faire autrement. Personne n'est
122 parfait. On aurait peut-être dû procéder de telle ou telle façon. Après pour nous en SMUR les
123 situations les plus difficiles se passent en extrahospitalier. Là on en discute beaucoup en
124 équipe. En intrahospitalier c'est plus confortable.

125 **Enquêteur** : Très bien et à votre avis en quoi consiste pour vous le rôle de l'IADE auprès des
126 équipes du service lorsqu'il y a un arrêt cardiaque ? Et au sein de l'équipe de SMUR ?

127 **IADE 4** : Je ne pense pas avoir un rôle particulier.

128 **Enquêteur** : Est-ce que vous partagez vos connaissances et votre expérience avec eux ?

129 **IADE 4** : Oui elle est partagée dans l'action. Ça m'est déjà arrivé de ... que les infirmiers me
130 disent que ce qui les épate c'est notre calme quand on arrive. Que ça leur fait du bien. Ça
131 revient souvent. Donc ba je me dis peut-être on ne se rend pas compte de l'image qu'on renvoi.
132 C'est vrai qu'en général dans le service ça n'arrive pas tous les jours donc c'est pas des
133 situations communes donc ils sont soulagés quand on arrive. Ce témoignage m'a marqué. Ça
134 fait du bien vous êtes calme les choses se font dans l'ordre. Certaines disent qu'ils apprennent
135 en nous observant.

136 **Enquêteur** : Et à votre avis, comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge
137 de l'arrêt cardiaque intramuros ?

138 **IADE 4** : Chacun donne son maximum il faut garder l'esprit d'humanité en premier. Dans l'idéal
139 c'est sûr qu'il faudrait que l'IADE apporte de la formation aux équipes de service mais encore
140 faut-il avoir le temps. Parce que l'IADE il est sollicité dans le bloc donc c'est pas toujours ...
141 entre ça et la prise en charge de la douleur enfin y a plein de choses à faire mais voilà il y a
142 l'idéal et il y a la réalité du terrain. La vie de tous les jours. En plus de ça en SMUR on peut
143 être appelé à tout moment sur une autre urgence donc on peut faire de la formation dans
144 l'action. Mais c'est difficile de rester en service après pour reprendre les choses. On essaie de
145 prendre le temps de discuter avec eux mais c'est pas toujours faisable.

Transcription entretien IADE 5 : 28 min et 15 sec - 1er mai 2018.

- 1
2
3 Femme, IADE en service de réanimation d'un centre hospitalier universitaire.
4
5 (Début de l'enregistrement).
6
7 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?
8 **IADE 5** : 55 ans.
9 **Enquêteur** : Depuis quand êtes-vous diplômés infirmière ? Et IADE ?
10 **IADE 5** : Alors depuis 1984 pour infirmière. Et 1992 pour infirmière anesthésiste.
11 **Enquêteur** : D'accord. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce secteur d'activité ?
12 **IADE 5** : Et ben depuis que je suis infirmière donc depuis 34 ans.
13 **Enquêteur** : D'accord, donc vous n'avez exercé dans aucun autre service que la réanimation ?
14 **IADE 5** : Pas du tout j'ai fait que de la réanimation.
15 **Enquêteur** : D'accord et est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en
16 dehors de la profession IADE ? Comme pompier ...
17 **IADE 5** : ... Pas du tout.
18 **Enquêteur** : Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardiaque ? Depuis
19 l'école d'infirmière.
20 **IADE 5** : Euh et ba principalement sur le tas c'est à dire par l'expérience. Et sinon
21 principalement les cours d'infirmière anesthésiste que j'ai eu à l'école. Et depuis zéro
22 formation !
23 **Enquêteur** : D'accord. Vous n'avez jamais passé l'AFGSU ?
24 **IADE 5** : Non. Je l'ai réclamé sans arrêt, chaque année mais on peut répond non. Que ca sert
25 à rien. L'argument c'est que j'ai fait l'école d'IADE. Je ne suis pas prioritaire. Je le demande
26 depuis des années et on ne m'a la jamais filé.
27 **Enquêteur** : Vous me dites que vous apprenez sur le tas. Vous pouvez m'en dire plus ?
28 **IADE 5** : Alors on a eu des cours euh ... des cours mais il y a très longtemps. Donc quand je
29 dis sur le tas c'est vraiment en étant confronté à des arrêts cardiaques dans les services. Donc
30 je regarde aussi ce que font les internes qui eux sont formés et après je demande, je pose des
31 questions enfin voilà des choses comme ça.
32 **Enquêteur** : D'accord, pensez-vous que votre formation à l'arrêt cardiaque est suffisante ?
33 **IADE 5** : Pas du tout ! (rires).
34 **Enquêteur** : En quoi n'est-elle pas suffisante pour vous ? Qu'est-ce qui vous manque ?
35 **IADE 5** : Il me manque des réactualisations sur les médicaments y a souvent des
36 changements. Enfin moi depuis 34 ans que je travaille y a eu quand même beaucoup de
37 changement sur l'arrêt cardiaque des choses qui ont été réactualisées moi au début quand j'ai

38 commencé à travailler on ventilait et on massait une fois sur deux ... c'était une ventilation
39 pour un massage. Et puis maintenant ça a beaucoup évolué ce n'est pas du tout ça
40 maintenant. En fait moi j'aurai besoin d'être tenue au courant des changements, des nouveaux
41 protocoles, des gestes à faire.

42 **Enquêteur** : Humm d'accord. A quelle fréquence vous intervenez dans la chaîne de survie
43 intrahospitalière ? A peu près en moyenne.

44 **IADE 5** : Euh ... je dirais euh ... tu veux dire que sur les arrêts cardiaques ou sur toutes les
45 urgences ?

46 **Enquêteur** : Au moins sur les arrêts mais ça peut être sur toutes les urgences.

47 **IADE 5** : C'est vraiment aléatoire. Par exemple ce mois-ci on n'est pratiquement pas sorti. Et
48 le mois dernier ça n'a pas arrêté. On a un cahier où on trace tout donc je peux te dire... (elle
49 prend le cahier) ... (elle tourne les pages) ... Donc en janvier euh 22 sorties
50 intrahospitalières... En février 12. En mars ... euh 20 fois ... et avril ... avril c'est la misère 8.
51 Donc ça fait une moyenne de peut-être une quinzaine par mois ... à peu près.

52 **Enquêteur** : D'accord parfait. Et à quand remonte votre dernier arrêt cardiaque en service ?

53 **IADE 5** : Je suis la seule IADE donc des infirmières ont eu des arrêts cardiaques récemment
54 mais moi le dernier arrêt que j'ai fait c'était mi-février ... (elle regarde dans le cahier) le 22
55 février exactement.

56 **Enquêteur** : Comment fonctionne la chaîne de survie dans votre établissement ? Quelle est
57 la procédure ?

58 **IADE 5** : Alors théoriquement les services doivent appeler le 8888. C'est la régulation du
59 SAMU. Ensuite l'appel est rebasculé sur une des réas. Soit nous à Robert Debré soit maison
60 blanche.

61 Euh donc nous après ça déclenche la sortie ... donc ça c'est en temps normal mais ça arrive
62 que souvent maintenant que le service appelle directement dans le service en réa soit l'interne
63 soit le service euh maintenant la procédure normale c'est 8888. Et c'est eux qui redispatchent.
64 Par contre il faut que l'établissement sache qu'on sort sur un arrêt cardiaque en service. Nous
65 quand on part si c'est pas passé par le 8888 c'est l'interne ou le réa qui les appelle pour
66 prévenir qu'on sort sur une urgence intrahospitalière. Il y a une trace que ça passe par le 8888
67 en premier ou par nous. C'est obligatoire de tracer les sorties.

68 **Enquêteur** : L'équipe de réa, elle est composée de qui ?

69 **IADE 5** : Généralement l'interne du service, l'infirmière anesthésiste c'est-à-dire moi
70 prioritairement quand je suis présente sinon c'est l'infirmière qui veut bien se dévouer pour
71 sortir sachant que l'interne sort tout le temps avec du personnel paramédical soit une IADE
72 soit une infirmière.

73 **Enquêteur** : Donc vous êtes à chaque fois au moins deux ?

74 **IADE 5** : Oui deux minimum.

75 **Enquêteur** : Pouvez-vous me décrire la prise en charge d'un arrêt cardiaque en intramuros ?
76 Comment ça s'organise ?

77 **IADE 5** : Euh ba ça dépend des services dans lesquels on va. Je vais scinder en deux. Soit
78 les services de médecin soit les services de chirurgie. En médecine généralement quand on
79 arrive y a rien de fait. Ou très peu. Pas grand-chose en tout cas. Les services de chirurgie la
80 prise en charge est meilleure. Je pense que les soignants sont mieux formés en chirurgie je
81 ne sais pas pourquoi. La prise en charge est un peu mieux faite. Souvent le patient ils ont
82 commencé à le masser il est même ventilé au masque alors que les services de médecine
83 c'est plus compliqué le patient est jamais ventilé enfin jamais ... dans 90% des cas il n'est
84 jamais ventilé. Mais bon parfois il est massé quand même. Mais pas forcément bien massé.
85 Donc on va dire que le massage cardiaque souvent il est débuté euh après on prend en charge
86 le patient y a le diagnostic qui se fait euh s'il est vraiment en arrêt cardiaque euh moi je le
87 scope on l'intube on fait la procédure normale de l'arrêt cardiaque. Adré. Etc etc.

88 **Enquêteur** : Vous me dites que c'est vous qui scopez le patient, comment vous vous
89 organisez ?

90 **IADE 5** : Donc oui c'est moi qui scope, je mets le scope tension sat ... euh pendant que
91 l'interne fait le diagnostic qu'il essaie de récupérer la pathologie ses antécédents s'il faut
92 réanimer ou pas. Moi pendant ce temps je prépare le matériel je n'attends pas après l'interne
93 et souvent donc voilà je sors le matériel d'intubation l'adré. En général c'est le médecin qui
94 intube ou moi s'il n'y arrive pas. Puis voilà après on passe les drogues qu'il faut.

95 **Enquêteur** : Du coup vu que vous n'êtes que deux, qui masse ? Vous impliquez le service ?

96 **IADE 5** : Oui tout le temps. Je leur demande de m'aider parce que toute seule on perd du
97 temps c'est de la perte de temps pour le patient donc moi j'implique les infirmières déjà je leur
98 fais monter l'aspiration parce que souvent y en a pas dans les chambres. Je leur fait préparer
99 les drogues le plus souvent. Le matériel d'intubation c'est moi qui le prépare car elles ne savent
100 pas de toute façon. Euh après les drogues je leur demande de le faire. Perfuser le patient je
101 leur laisse faire car elles ont l'habitude de perfuser. Euh donc ça normalement elles savent
102 faire et puis voilà. Mais moi j'implique souvent le personnel du service.

103 **Enquêteur** : Est-ce que vous avez des retours du personnel sur le fait que vous les impliquez ?

104 **IADE 5** : Oui en plus y en a qui sont demandeurs. Et puis j'en profite pour faire un mini
105 débriefing après une fois que soit le patient est stabilisé soit il est décédé on attend pour le
106 descendre dans le service ou on attend le SMUR pour le transporter ailleurs. Moi j'essaie de
107 faire un petit débriefing avec les infirmières du service pour dire que voilà ça a été ça faut faire
108 ça ça il ça ne se fait pas comme ça ça n'allait pas. Euh j'essaie toujours de discuter avec elles
109 ça peut toujours service en fait. J'essaie de leur expliquer comment ça marche pourquoi ça ça
110 n'a pas été euh y a des fois y a des truks ... une fois par exemple j'ai trouvé un laryngo sans
111 pile dans leur chariot ... ah oui parce qu'en fait ce que j'essaie souvent de faire c'est que nous

112 on prend notre grosse valise je sais ce qu'il y a dans ma valise elle est prête elle est sécuritaire
113 que les péremptions sont faites que j'ai tout ce qu'il faut dedans souvent je n'essaie pas de les
114 piéger bien sur mais j'essaie de prendre leur chariot d'urgence. En fait je n'ouvre pas ma valise
115 je la laisse dehors j'ouvre leur chariot d'urgence et je prends le matériel qui a dedans et c'est
116 là que tu t'aperçois ce qu'il ne va pas. Après si je vois que le chariot n'est pas prêt ou que les
117 péremptions ne sont pas faites et là donc en l'occurrence pas de pile dans le laryngo pas de
118 lame je prends mon sac je ne vais pas non plus mettre le patient en danger. Mais voilà souvent
119 je prends leur matériel à elles pour qu'elles se rendent compte de ce qui va ce qui ne va pas.
120 Après je fais le point avec elles sur ce qu'il faut changer, ce qui ne vas pas je leur explique à
121 quoi ça sert.

122 **Enquêteur** : Parfait. Pour vous quelles sont les qualités principales pour bien en prendre un
123 arrêt cardiaque ?

124 **IADE 5** : Pour moi la qualité indispensable c'est l'expérience. L'expérience en premier. Puis
125 ba les connaissances théoriques. Souvent quand je monte avec un interne eux ils ont les
126 connaissances théoriques récentes et moi j'ai l'expérience. Donc souvent ça fonctionne bien
127 on est complémentaire.

128 **Enquêteur** : Vous m'avez parlé de répartition de tâches, de binôme, pour vous c'est quoi le
129 travail en équipe ?

130 **IADE 5** : Ba déjà gérer un arrêt cardiaque seul c'est pas possible. C'est mission impossible
131 donc faut être complémentaire avec le médecin ou l'interne. Je trouve qu'on ne discute pas
132 beaucoup chacun à sa place chacun sait ce qu'il à faire en fait. Euh sauf quand il y a des
133 difficultés. Si l'interne n'arrive pas à intuber il va me demander de regarder et de le faire. Moi
134 c'est vrai je sais ce qu'il y a faire quand il est en arrêt je prépare mon adré et je commence à
135 injecter sauf que je le dis toujours à l'interne c'est-à-dire que même si je prends l'initiative je le
136 fais pas toute seule dans mon coin j'annonce ce que je fais.

137 **Enquêteur** : Et vous en tant qu'IADE vous vous positionnez comment ?

138 **IADE 5** : Ca dépend de l'interne. J'ai vécu des situations où je me suis retrouvée avec des
139 jeunes internes de premier semestre. Et en l'occurrence y en a je me souviens on est monté
140 dans l'ascenseur il m'a dit c'est mon premier arrêt cardiaque j'en ai jamais fait. Là tu te dis ok
141 ça va bien se passer. Mais bon après ils ont quand même euh ils sont internes en anesthésie
142 réa généralement je les laisse se mettre à la tête je vais plutôt gérer le matériel la perf et les
143 drogues. Je suis là en relais si jamais il y a un souci avec l'intubation s'ils n'y arrivent pas.
144 Donc le rôle de l'IADE c'est bien pour ça aussi. Que l'infirmière de réa elle ne le fera pas. Donc
145 non moi je les laisse gérer même si c'est des jeunes internes je les laisse faire c'est mieux
146 pour apprendre et s'ils ont des questions je suis là. Mais généralement ils me posent des
147 questions après l'arrêt. Ils me demandent après quand on redescend si ce que j'ai fait c'était

148 bien, qu'est-ce que tu en penses ? j'aurai dû faire quoi ? Tu vois ils sont contents d'avoir
149 quelqu'un qui a de l'expérience.

150 **Enquêteur** : Ça marche. Avez-vous vécu des situations d'arrêts cardiaques intrahospitalières
151 difficiles ? Et quelles ont été vos difficultés ?

152 **IADE 5** : Je réfléchis ... On rencontre souvent des difficultés ... Ah si je me souviens j'ai vécu
153 un arrêt cardiaque sur une dame ... une jeune en plus ... en plus la dame s'était écroulée dans
154 le couloir du service donc elle était au milieu du couloir et y'avait euh qu'on est arrivé il y avait
155 15 personnes autour d'elles. 5 médecins séniors, 5 externes euh 3 infirmières et 2 aides-
156 soignantes. Tout le monde la regardait ... le mari qui hurlait et c'est pas facile tu te dis déjà
157 « oula » j'arrive sur quoi en plus personne ne faisait rien. Y avait beaucoup de monde et qui
158 ne servait à rien. On a fait tout ce qu'on pouvait mais ça s'est mal fini pour la dame. Personne
159 n'a rien y a eu un retard de prise en charge et euh on doit pousser les gens pour accéder à la
160 dame donc déjà ça tu dis ... ça te marque de voir tout ce monde-là qui ne sert à rien qui ne
161 fait rien qui est juste là à regarder la dame en train de mourir après les autres situations
162 difficiles ça peut être quand tu pars avec un interne de jeune semestre et qui te dit dans
163 l'ascenseur j'en ai jamais d'arrêt cardiaque bon tu dis ok on va y aller mais ça risque d'être un
164 peu compliqué ce jour-là avec l'interne de 1^{er} semestre ça s'est pas trop mal passé mais c'était
165 un arrêt en service de cardio. Donc la cardio je lui ai dit t'inquiète pas ils vont bien gérer la
166 réanimation effectivement quand tu arrives en cardio c'est ce que je disais tout à l'heure les
167 services de médecine souvent ils ne font rien ba en cardio c'est l'inverse quand tu arrives en
168 cardio les cardiologues ils gèrent le cœur donc ils savent ils savent reconnaître un arrêt
169 cardiaque ils savent masser un patient ils savent ventiler un patient donc ça s'est plutôt bien
170 passé mais ça aurait pu être plus compliqué sur un autre arrêt du moins dans un autre service.

171 **Enquêteur** : Qu'est-ce que vous auriez aimé comme ressource pour pallier à ses difficultés ?
172 Qu'est-ce qui vous a manqué ?

173 **IADE 5** : Moi je pense qu'il y a un certain manque d'information et de formation dans les
174 services. C'est-à-dire si le personnel médical et je dis bien médical car y a des médecins dans
175 les services qui ne savent pas prendre en charge un arrêt cardiaque. Si dans les services de
176 médecine et de chirurgie, surtout médecin les professionnels médicaux et paramédicaux
177 étaient formés à l'arrêt cardiaque je pense qu'on aurait beaucoup moins de situations difficiles.
178 Ils sauraient prendre un arrêt cardiaque plus facilement tu vois. Mais c'est souvent panique à
179 bord on appelle la réa et on attend que la réa arrive pour faire quelque chose. Je pense qu'il y
180 a un manque de formation dans les services. Sur le personnel paramédical je ne sais pas qui
181 a l'AFGSU mais en tout cas ils se savent pas faire. Quand tu vois qu'il y a des DSA dans les
182 services qu'ils ne sont même pas mis en route sur le patient et pourtant il leur dit ce qu'il faut
183 faire. Ca c'est pas fait. Je ne dis pas 100% des cas mais ça reste rare. Des fois tu te demandes

184 où est le DSA. Donc ne serait-ce que ça leur apprendre à se servir du DSA. Il y a clairement
185 un manque de formation dans les services.

186 **Enquêteur** : Très bien. Comment vivez-vous la prise en charge de l'arrêt cardiaque avant
187 quand vous êtes appelés, pendant et après ?

188 **IADE 5** : Ça dépend de la situation. Déjà quand on nous annonce l'âge du patient. Déjà ça ça
189 implique beaucoup. Disons que quand on nous annonce un arrêt cardiaque chez une mamie
190 de 90 ans voilà quand on nous annonce un arrêt chez une dame de 30 ans c'est beaucoup
191 plus stressant. Tu te dis voilà on y va en courant. Donc avant ça peut être stressant car tu ne
192 sais pas sur quoi tu arrives et si le service aura fait les premiers soins. Dans quelle situation
193 on va se retrouver.

194 Pendant ça va être ba quand on arrive on voit tout de suite euh si ça va être facile c'est-à-dire
195 si là en l'occurrence il y a trop de monde ça ne va pas être facile. Il va falloir virer le monde.
196 S'il n'y a personne ça ne va pas être facile non plus. Parce qu'il va falloir appeler de l'aide. Moi
197 parfois je suis toute seule j'arrive les infirmières du service elles s'en vont. Soient elles sont
198 peur soient elles n'ont pas le temps. On arrive j'ai 30 patients à voir je vous laisse gérer. Ouais
199 sauf que tu te retrouves toute seule avec l'interne je me retrouve à courir dans le service pour
200 chercher des seringues des choses parce que le conditionnement de mon sac il est limité.

201 Ca peut être stressant effectivement avant euh pendant.

202 Et puis généralement moi après j'aime bien faire un petit débriefing quoi. Parce que souvent
203 on arrive on ne savait même ce qu'avait le patient, ses antécédents la pathologie moi j'aime
204 bien savoir ce qu'il avait au départ. Quand tu arrives l'interne oui lui il s'intéresse à ça pour le
205 diagnostic moi je suis dans ma bulle je fais ce que j'ai à faire je me concentre sur les soins.
206 Donc je ne fais pas toujours attention à ce qui se dit sur le patient entre les médecins. Ma
207 priorité c'est la réanimation mais après j'aime bien savoir si ce qu'il avait soit il est encore en
208 vie et on le descend dans le service de réa soit on attend le SMUR et on a le temps de discuter.
209 Voilà donc moi j'aime bien faire un petit débriefing avec l'interne. On fait ça dans l'ascenseur
210 en retournant en réa. Parce que on n'a pas forcément le temps on doit être disponible pour la
211 suite.

212 **Enquêteur** : Donc vous me dites que ce sont des situations plutôt stressantes. Est-ce que ça
213 vous arrive de repensez à la situation au travail et même en dehors ?

214 **IADE 5** : Ouais ça m'arrive de refaire la scène après en me disant qu'est-ce qu'on a fait qu'est-
215 ce qu'on n'a pas fait qu'est ce qui était bien euh sauf que je le fais toute seule ... dans ma tête.
216 Tu vois cette dame-là de 30 ans qui était au milieu du couloir qui hurlait ça marque tu y
217 repenses après pourquoi voilà qu'est ce qui s'est passé qu'est-ce qu'elle a fait pourquoi le
218 service n'a rien fait ? Si si moi ça m'arrive d'y repenser après.

219 **Enquêteur** : Donc vous me dites que vous réfléchissez sur ce qui s'est passé, est ce que vous
220 faites des recherches quand il vous manque des informations ? Ca se passe comment ?

221 **IADE 5** : Si c'est un manque de connaissance je revois ça surtout avec les médecins ou les
222 internes. Je vois ce qu'ils font, j'écoute. Je pose des questions. Mais bon après l'arrêt
223 cardiaque ça ne change pas tous les 6 mois non plus.

224 Après moi j'aime faire c'est ce que je te disais tout à l'heure voir avec les infirmières du service
225 rapidement tu vois ça dure 5 minutes mais de voir avec elle leur dire ba voilà il y'aurait fallu
226 s'organiser comme ça faire comme ça des fois il y a des infirmières qui demandent comment
227 on aurait pu faire ? comment ça marche ça ? euh voilà tu vois. Je ne réactualise pas forcément
228 que les connaissances mais aussi l'organisation. Voir ce qu'on on peut faire de mieux tous
229 ensemble.

230 **Enquêteur** : Et quand vous faites ces débriefings, quand vous retournez en service vous avez
231 remarqué des changements de pratique ?

232 **IADE 5** : C'est pas toujours les mêmes infirmières, donc on retombe pas forcément sur les
233 mêmes quand on fait un arrêt dans le même service. Mais j'ai un exemple. Alexis, c'est
234 infirmier d'ici. Avant qu'il soit en réa il était infirmier en service de chirurgie vasculaire. Et le
235 dimanche quand je montais sur un arrêt cardiaque en vasculaire il était tout le temps-là lui. Je
236 tombais toujours sur lui. Et à chaque fois qu'il y avait un arrêt cardiaque il était là et moi j'ai vu
237 Alexis évoluer dans le bon sens c'est-à-dire que plus je montais en chirurgie vasculaire et qu'il
238 était là et mieux il le prenait en charge et puis tu vois il a fini en réa. Y a des gens avec qui ça
239 marche vraiment bien. Y a des infirmiers qui progressent. C'est un exemple.

240 **Enquêteur** : Le fait de débriefer avec votre interne ça a modifié vos pratiques ?

241 **IADE 5** : Oui c'est ma façon à moi de me former et de me réactualiser en fait.

242 **Enquêteur** : A votre avis, en quoi consiste le rôle de l'IADE auprès des professionnels de
243 santé du service et au sein de l'équipe de réa ?

244 **IADE 5** : Ba de la formation. Clairement. Euh de l'entraînement, une fois ici on a fait du
245 massage cardiaque avec tout le service et même avec notre nouveau brancardier je lui ai fait
246 masser car ça peut lui arriver dans la rue et on peut avoir besoin de lui aussi dans le service.
247 Donc on a fait du massage cardiaque ici dans le service. Après dans les étages il faut aller
248 voir les équipes, leur expliquer le matériel euh qu'est-ce qu'il faut faire en attendant, comment
249 elles peuvent nous avancer, comment fonctionne le laryngo qu'il y ait des piles dedans qu'elles
250 soient changées que le laryngo ne soit pas enfermé dans le bureau de la cadre qui est partie
251 en weekend.

252 **Enquêteur** : Et vous arrivez à prendre ce temps là ?

253 **IADE 5** : C'est difficile car je dois être disponible si y a une autre urgence et j'ai aussi mon
254 travail à faire dans le service de réa. Après tu vois dans les étages j'essaie de faire de la
255 formation ponctuelle, c'est 5 min après l'arrêt. C'est plus de l'information que de la formation
256 mais ça les aide déjà beaucoup. En 5 minutes de temps le temps qu'on range le matériel.

257 C'est compliqué de faire plus. On devrait devoir en faire plus mais on ne nous donne pas le
258 temps pour ça.

259 **Enquêteur** : Et pendant l'arrêt cardiaque vous arrivez à les former ?

260 **IADE 5** : Je pense que oui. Je leur fais préparer du matériel, je leur fais préparer l'adré je
261 pense qu'on retient mieux en faisant. Après faut qu'elles se sentent impliquées. Y en a qui ne
262 reste pas. Après y'en a qui en nous observant disent qu'elles apprennent aussi. Mais voilà
263 celles qui restent j'essaie de leur montrer des choses ba tiens toi tu vas me faire ci toi tu vas
264 me faire ça pour qu'elles m'aident. Parce que à deux un arrêt cardiaque c'est pas possible.
265 Mais aussi pour qu'elles apprennent.

266 **Enquêteur** : Vous m'avez dit plusieurs fois qu'à deux c'est impossible de prendre en charge
267 un arrêt cardiaque. C'est une organisation qui a été imposée ?

268 **IADE 5** : Oui on nous a imposé à être deux. Des fois on monte avec l'externe du coup. Il
269 regarde. Il se forme donc à la base il ne sait pas faire. Donc j'en profite les externes je leur
270 apprends à scoper les patients donc je leur dis-toi tu vas faire ça tu vas me scoper le patient
271 donc tu vas faire comme dans le service tu me mets les électrodes au bon endroit les bonnes
272 couleurs au bon endroit et euh moi l'externe déjà je lui demande de faire ça. Il peut aussi
273 surveiller le temps pour l'injection de l'adré ou depuis quand on a commencé la réanimation
274 cardiaque. Après on n'a pas tout le temps des externes avec nous.

Transcription entretien IDE 1 : 22 min et 10 sec - 12 avril 2018.

- 1
2
3 Femme, IDE en service de chirurgie d'un centre hospitalier universitaire.
4
5 (Début de l'enregistrement).
6 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?
7 **IDE 1** : J'ai 26 ans.
8 **Enquêteur** : Depuis quand êtes-vous diplômés ?
9 **IDE 1** : Depuis ... euh...2013.
10 **Enquêteur** : Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?
11 **IDE 1** : Euh ... depuis 2015.
12 **Enquêteur** : D'accord. Est-ce que vous avez exercé dans d'autres services ?
13 **IDE 1** : Oui, j'ai commencé à travailler dans un autre hôpital. J'ai travaillé 6 mois en soins de
14 suite et réadaptation. Après j'ai fait un an d'EHPAD. Et donc après je suis venue dans ce
15 service.
16 **Enquêteur** : D'accord, est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en
17 dehors de votre profession d'infirmière ?
18 **IDE 1** : Pas du tout !
19 **Enquêteur** : Ok. **Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardiaque ?**
20 **IDE 1** : (silence) Par l'AFGSU. Que j'ai fait pendant les études. Et euh... ba ... je n'ai pas eu
21 d'autre formation depuis l'école en fait.
22 **Enquêteur** : Ok. Donc si je comprends bien, vous n'avez eu aucune autre formation en dehors
23 de l'AFGSU ?
24 **IDE 1** : Non.
25 **Enquêteur** : Et votre formation AFGSU à l'école s'est passé comment ?
26 **IDE 1** : On était séparé en groupe. Y'avait une partie théorique avant. Et après on faisait une
27 partie pratique sur euh des mannequins. (silence). On devait faire les gestes d'urgence
28 dessus. On nous a expliqué qui appelé, on nous a montré les gestes techniques. On nous a
29 montré le massage cardiaque, on a eu un motard casqué, la PLS, et d'autres gestes
30 techniques comme la méthode d'Heimlich. On le faisait sur des mannequins bébés et adultes.
31 On passait chacun notre tour. Euh ... voilà.
32 **Enquêteur** : Ok. Vous pensez que cette formation est suffisante ?
33 **IDE 1** : Je pense que c'est jamais suffisant. Parce que ... Sur un mannequin c'est différent
34 d'une personne ... d'une vraie personne. Euh ... y'a pas le stress ... enfin ... y a le stress qui
35 s'ajoute ... en vrai ... lors d'un arrêt cardiaque en service. (silence).
36 **Enquêteur** : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous ont manqué ?
37 **IDE 1** : Oui. Je pense qu'on devrait la refaire plus souvent. (silence).

38 **Enquêteur** : Qu'est-ce que vous entendez par plus souvent ?

39 **IDE 1** : Au moins une fois par an. Ouais. Une fois par an c'est un minimum. Pour revoir tous
40 les gestes.

41 **Enquêteur** : Vous me dites que sur mannequin ce n'est pas réaliste, vous voudriez que ça se
42 passe comment ?

43 **IDE 1** : (silence) Il faudrait faire ça sur des genres de situations réelles. Plutôt des témoignages
44 de situations réelles. Je pense que ça rendrait plus réelle quand même comme situation plutôt
45 qu'un mannequin plutôt que les gestes de base à appliquer.

46 (silence)

47 **Enquêteur** : Et est-ce que ... (coupure)

48 **IDE 1** : Et pourquoi pas même le faire dans le service.

49 **Enquêteur** : Vous penserez que ce serez mieux ?

50 **IDE 1** : Oui ça serait vraiment l'idéal. En fait ... euh ... lors de l'arrêt cardiaque ... euh ... qui
51 s'est passé dans le couloir ... on s'est vite aperçu que le matériel était dispersé dans le ...
52 service. Et euh ... avec le stress ... que ça peut engendrer dans toute l'équipe ... tout le monde
53 se disperse ... euh ... on sait pas qui est allé chercher quoi. Euh voilà.

54 **Enquêteur** : Si je comprends bien ce que vous me dites ça vous permettra de mieux connaître
55 votre matériel ?

56 **IDE 1** : Oui et de mieux s'organiser.

57 **Enquêteur** : Vous avez rencontré combien de situations d'ACR au cours de votre pratique ?

58 **IDE 1** : Une fois en réanimation. En fait j'en ai vécu un en stage de réanimation à l'école
59 d'infirmière. Mais le patient était déjà intubé et euh une fois donc euh dans le service actuel
60 où la personne a fait un arrêt cardiaque dans le couloir.

61 **Enquêteur** : D'accord et à quand remonte l'ACR que vous avez pris en charge dans le service
62 ?

63 **IDE 1** : C'était en octobre 2016.

64 **Enquêteur** : D'accord. Euh. Comment fonctionne la CSIH dans votre établissement ?

65 **IDE 1** : Euh qu'est-ce que c'est ?

66 **Enquêteur** : En fait, quelle est la procédure à suivre lorsque vous avez une urgence ou un
67 arrêt cardiaque ?

68 **IDE 1** : Alors oui, euh, déjà nous on doit, on doit assister aux gestes de premiers secours. On
69 a notre sac d'urgence qui est prêt et vérifié régulièrement. Humm. Et après du coup on doit
70 appeler le numéro d'urgence de l'hôpital le 8888. C'est directement la régulation en fait du
71 SAMU intrahospitalier. Qui se déplace euh sur place.

72 **Enquêteur** : D'accord. Est-ce que vous savez qui compose l'équipe de
73 réanimation spécialisée ? Qui s'est déplacé quand vous avez appelé ?

74 **IDE 1** : Alors y'avait euh un ... le médecin du SAMU. Il est facilement reconnaissable. Euh une
75 infirmière. Je suppose que c'était une IADE. Parce que euh je sais qu'il y a des IADE au SMUR.
76 Je le sais parce que je regarde beaucoup d'émission sur les urgences et le SMUR. Mais après
77 on n'a pas pu plus discuter sur le moment. En plus ils sont plusieurs ils se présentent comme
78 l'équipe de réanimation. Y avait une autre personne mais je ne sais pas qui c'était. Et après y
79 a notre anesthésiste de service qui est arrivé aussi sur place euh pour prêter main forte à
80 l'équipe du SMUR.

81 **Enquêteur** : D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire la prise en charge de l'arrêt
82 cardiaque que vous avez vécu dans le service ?

83 **IDE 1** : Oui en fait la personne était en train de marcher avec les kinés dans le service. Euh.
84 Moi j'effectuais mon tour de température à ce moment-là. La patiente s'est sentie mal euh à
85 type de malaise vagal on a voulu l'assoir avec les kinés mais euh c'était trop tard du coup on
86 l'a allongé dans le couloir on l'a mis tout de suite en PLS. Euh là elle a tout de suite fait une
87 crise d'épilepsie euh qui a masqué je pense euh en premier lieu l'arrêt cardiaque. Une collègue
88 m'a tout de suite prêtée main forte on l'a mise tout de suite sous masque à haute concentration
89 on a tout de suite était cherché le sac d'urgence on a appelé les secours. Après y a son
90 chirurgien qui a été averti qui est arrivé au même moment il était vraiment pas loin du service.
91 Euh et à son arrivée on a pu constater qu'elle était en arrêt cardiaque du coup il a commencé
92 aussitôt le massage cardiaque en attendant l'arrivée du SMUR. Ma collègue a perfusé la
93 patiente. Et moi j'ai été cherchée euh le défibrillateur qui se trouve dans un autre service que
94 le nôtre ... (gênée) à l'étage d'en dessous. Voilà (rires). Pour qu'on puisse faire la réanimation.

95 **Enquêteur** : Du coup, selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir dans
96 l'urgence ?

97 **IDE 1** : Euh le self contrôle. (silence). L'organisation aussi. (silence).

98 **Enquêteur** : Qu'est-ce que vous entendez par organisation ?

99 (silence)

100 **Enquêteur** : C'est une organisation matérielle ? Humaine ?

101 **IDE 1** : Les deux. On était plusieurs de l'équipe à être autour et en fait ... je pense qu'il ya trop
102 de monde au final et euh tout le monde ne participe pas réellement à la réanimation et du coup
103 c'est compliqué de voir qui fait quoi autour.

104 **Enquêteur** : D'accord, et vous, vous vous êtes positionnées comment dans cette prise en
105 charge ?

106 **IDE 1** : C'est moi qui est découvert la patiente. Du coup ba avec les kinés on a fait les premiers
107 gestes de secours, la mettre en PLS puis de chercher de l'oxygène pour la patiente. J'ai amené
108 le sac d'urgence. Euh le chirurgien a été averti et il a fait tout de suite le massage cardiaque.
109 Et du coup moi je suis descendue chercher le défibrillateur et le chirurgien faisait le massage

110 en compagnie de l'autre infirmière qui venait chercher du matériel dans mon service. Qui était
111 donc sur les lieux.

112 **Enquêteur** : D'accord et une fois que l'équipe de réanimation est arrivée vous vous êtes
113 positionnées comment ?

114 **IDE 1** : Une fois que l'équipe est arrivée, ça m'a paru à la fois une éternité mais c'est passé
115 vite quand même. euh ils m'ont demandé de préparer euh ... de l'adrénaline et du coup ba je
116 l'ai préparé en la sortant de notre sac d'urgence. Je ne savais pas trop comment ça se
117 préparait j'ai dû demander. L'infirmier ou l'IADE je ne sais pas trop m'a expliqué. Donc je l'ai
118 préparé et j'ai donné la seringue et après pour le coup euh le service de réanimation enfin du
119 SMUR s'est occupée de la prise en charge, a pris le relais du massage cardiaque. Et au bout
120 de 15 min ils ont déclaré que la patiente est décédée. Après y a toute la prise en charge euh
121 après.

122 **Enquêteur** : Du coup, si je comprends bien, vous me dites que l'équipe de réanimation vous
123 a impliqué, vous avez préparé l'adrénaline. Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

124 **IDE 1** : Alors à l'arrivée du SMUR on se sent quand même rassuré. En fait c'était même un
125 grand soulagement. Parce que eux pour le coup sont formés beaucoup plus que nous à l'arrêt
126 cardiaque euh voilà humm mais après c'est vrai on s'est un petit peu écarté et aussi on les a
127 laissé faire pour ne pas les gêner parce qu'il y avait quand même du monde.

128 **Enquêteur** : Vous étiez combien ?

129 **IDE 1** : Je pense qu'on était facilement une dizaine.

130 **Enquêteur** : Et l'équipe de réanimation ils étaient combien du coup ?

131 **IDE 1** : Ils étaient trois. Et après y'avait notre anesthésiste à nous et un interne d'anesthésie.

132 **Enquêteur** : Ok. Parfait. Donc vous me dites que vous avez vécu une situation d'arrêt
133 cardiaque difficile. Vous avez rencontré quoi comme difficultés ? Vous pouvez m'en dire plus ?

134 **IDE 1** : Ba les difficultés qu'on a rencontrées c'est déjà les problèmes organisationnels. Parce
135 que ... enfin... tout est dispersé y a le sac d'urgence d'un côté l'oxygène d'un autre côté sous
136 une table du coup voilà ça fait beaucoup de choses à prendre et à emmener au bout du couloir
137 ... le défibrillateur pas du tout dans le service il était carrément dans le service d'en dessous.
138 Du coup ça fait beaucoup de choses en fait à aller chercher dans plein d'endroits différents.
139 Je pense que ça rend les choses encore plus difficiles. On perd du temps. Et ça engendre une
140 partie de stress en plus. C'est encore plus difficile. Sans parler des scellés sur le sac ou les
141 chariots. Sans ciseau c'est impossible à enlever. Et avec la panique c'est pas facile.
142 Heureusement ma collègue avait des ciseaux.

143 Le sac aussi est mal organisé. Il y a plein de pochettes. Faut tout chercher.

144 **Enquêteur** : D'accord. Vous me disiez que vous étiez très nombreux. Est-ce que vous pensez
145 que vous étiez efficaces ? Coordinés ?

146 **IDE 1** : Sur le coup c'était difficile car on ne savait pas trop qui faisait quoi. Euh mais après
147 quand on a vu que c'était un arrêt cardiaque et que le massage a commencé euh beaucoup
148 de personnes se sont écartés notamment les kinés qui euh n'ont pas l'habitude de gérer des
149 urgences. Ni le recul nécessaire pour rester auprès de la personne quoi.

150 **Enquêteur** : Vous me dites que vous ne saviez pas qui fait quoi. Comment vous vous êtes
151 organisés ?

152 **IDE 1** : C'était compliqué. Quand la personne on l'a mis en PLS au sol j'ai laissé ma collègue
153 qui était au niveau de sa tête près de la personne pour que je puisse aller chercher du matériel
154 pour l'oxygène. Le chirurgien a tout de suite commencé le massage.

155 **Enquêteur** : Vous m'avez parlé de crise d'épilepsie, de PLS ? Vous avez eu des difficultés
156 pour reconnaître l'arrêt cardiaque ?

157 **IDE 1** : Oui. Ba c'est sûr qu'avec la formation on nous décrit à peine l'arrêt cardiaque en fait
158 on prend en charge l'arrêt cardiaque sur un mannequin sur une personne entre guillemets qui
159 ne respire plus mais là en situation réel c'est beaucoup plus compliqué que ça. La personne
160 marchait dans le couloir donc je ne savais pas si c'était un malaise et après y a eu cette
161 fameuse crise d'épilepsie qui cache peut-être l'arrêt cardiaque elle s'est mise ensuite en
162 arrêt. Enfin ça c'est des questions auxquelles je ne sais toujours pas répondre et que je
163 continue de me poser. Je n'ai pas tout compris en fait.

164 **Enquêteur** : D'accord. Et du coup qu'est-ce que vous auriez aimé comme ressources pour
165 pallier à ces difficultés ?

166 **IDE 1** : Je pense qu'on devrait avoir une formation avec notre équipe parce que ça c'est une
167 formation que j'avais eu à l'école donc avec mes collègues de promo. Quand on refait des
168 formations d'urgence on n'y va pas toute en même temps aide-soignante etc. On n'y va pas
169 en même temps en fait à cette formation et c'est dommage parce que du coup on pourrait y
170 aller entre personnes de la même équipe pour se mettre vraiment en situation pour que chacun
171 trouve sa place pour que ça soit plus réaliste comme si ça arrivait dans le service. Comme ça
172 on est mieux préparé ensemble si on a une urgence dans le service.

173 **Enquêteur** : D'accord. Comment avez-vous vécu la prise en charge de l'ACR ? Avant puisque
174 vous en aviez déjà vécu un à l'école, pendant et après ?

175 **IDE 1** : Alors avant j'en avais déjà eu un mais la personne était intubé c'était assez différent
176 on avait un médecin réanimateur sur les lieux donc ça rend les choses beaucoup moins
177 stressantes parce que c'est tout de suite pris en charge et euh y a déjà le scope on a déjà
178 beaucoup plus d'indicateur et tout le matériel à disposition dans la chambre du patient. Et puis
179 l'infirmière me disait quoi faire. En plus il était intubé.

180 Pendant l'arrêt cardiaque c'est stressant ba c'est préoccupant parce que enfin sur le coup on
181 ne sait pas réellement que c'est un arrêt cardiaque et euh y a tout le déroulement qui fait que
182 voilà on essaie de prendre correctement en charge la patiente mais on ne réalise pas tellement

183 sur le coup. Et après par contre c'est difficile surtout que la patiente est décédée. Euh voilà du
184 coup après il faut réinstaller la patiente on réalise que la patiente est vraiment décédée et
185 après y a la famille qui arrive derrière faut expliquer à la famille ce qui s'est passé. J'étais avec
186 le chirurgien pour leur dire ce qui s'est passé.

187 **Enquêteur** : Donc si j'entends bien ce n'est pas l'équipe de réanimation qui a annoncé le
188 décès à la famille mais le chirurgien et vous ?

189 **IDE 1** : Oui tout à fait. Quand l'équipe du SMUR a déclaré le décès ils sont tout de suite repartis
190 la laissant par terre. C'est le chirurgien qui a tout de suite appelé la personne référente de
191 cette patiente pour leur annoncer la mauvaise nouvelle. Et du coup ils se sont rendus
192 immédiatement sur les lieux puisqu'ils étaient déjà sur la route pour visiter cette personne. Euh
193 du coup voilà on les a pris dans le bureau à part et on leur a expliqué la situation et je les ai
194 emmenés voir leur proche qui était décédée.

195 **Enquêteur** : Est-ce que ça vous arrive de repenser à cette situation ?

196 **IDE 1** : Oui sur la période qui a suivi oui j'y pensé beaucoup et même à mon domicile mais
197 maintenant avec le recul j'y pense un peu moins et je me dis qu'on a fait tout ce qu'on a pu
198 avec les moyens qu'on avait. Après y a beaucoup de questions qui restent en suspens.

199 **Enquêteur** : Qu'est ce qui aurait pu vous aider pour mieux gérer ça ?

200 **IDE 1** : Déjà il n'y a pas eu de ... on n'a pas de groupe de paroles ou de chose comme ça en
201 fait c'est moi qui est sollicitée les cadres du service pour en discuter j'en ai discuté aussi avec
202 son chirurgien qui était là dans la situation. J'aurai aimé en discuter avec l'équipe du SMUR
203 pour comprendre ce qui s'est passé mais ils sont vite repartis.

204 Après c'était aussi une période où on était en sous-effectif où on était censé être deux
205 infirmières dans le service et à ce moment-là j'étais toute seule comme infirmière. Voilà du
206 coup ça rend les choses encore plus compliquées face à ces situations d'urgence qui peuvent
207 arriver on est aussi en manque de personnel. Ça aurait été peut-être plus facile avec ma
208 collègue en plus.

209 **Enquêteur** : Sinon, est-ce que vous réfléchissez à la prise en charge de l'ACR ?

210 **IDE 1** : Alors oui, j'ai pris du recul. Euh après c'est pareil le chariot d'urgence à cette époque-
211 là je ne le connaissais pas autant que maintenant mes collègues non plus. Parce qu'on a revu
212 la vérification du chariot d'urgence donc maintenant on essaie de toutes le faire pour qu'on
213 puisse toutes le connaître ... pour que ce soit plus facile à utiliser. En vérifiant le sac j'essaie
214 d'imaginer ce que je pourrais avoir besoin mais quand c'est réel avec le stress c'est difficile.
215 En plus dans notre service il y a plusieurs unités donc quand je change d'unité je suis perdue
216 je cherche le matériel partout.

217 **Enquêteur** : Est-ce que vous avez parlé de cette situation avec d'autres professionnels ?

218 **IDE 1** : Entre collègues on en a beaucoup parlé notamment avec ma collègue qui était
219 présente ... ma collègue infirmière qui passait dans le service ... qui était présente sur les lieux
220 et qui m'a donc assisté pour cette situation. On en a beaucoup reparlé ensemble.

221 **Enquêteur** : C'était un temps que pour vous deux ? C'était quelque chose d'organisé ? de
222 formalisé ?

223 **IDE 1** : Non non c'était entre nous. On en discutait dans le service. Comme je le disais on n'a
224 pas de groupe de paroles.

225 **Enquêteur** : Oui, je comprends. Avez-vous faits des recherches pour mieux comprendre la
226 situation ?

227 **IDE 1** : Non sur l'arrêt cardiaque je n'ai pas fait plus de recherches. J'ai demandé à la suite de
228 cet arrêt cardiaque une formation en urgence réanimation mais elle m'a été refusée j'ai eu une
229 formation sur les principes de communication à la place. Mais après on a redemandé à l'équipe
230 d'anesthésie de notre service notamment à l'interne qui était sur place de nous former et
231 notamment de nous expliquer tout ce qui avez dans le chariot d'urgence parce que finalement
232 on ne connaît pas les médicaments de l'urgence et le matériel non plus, comment l'utiliser bon
233 c'est un projet qui ne s'est malheureusement pas mis en place mais c'est vrai que ça serait
234 bien qu'on arrive à le faire.

235 **Enquêteur** : C'était une demande de l'équipe ?

236 **IDE 1** : Oui c'était une demande de toute l'équipe. On a essayé de réajuster tout ce qui nous
237 a posé problème pour mieux vivre les prochaines urgences. On a essayé de réorganiser les
238 choses.

239 **Enquêteur** : Vous m'avez dit que c'était probablement un IADE qui composait l'équipe de
240 réanimation. Selon vous, pensez-vous que l'IADE a un rôle auprès de vous ? Et si oui lequel ?

241 **IDE 1** : Je pense que non il n'a pas réellement de rôle auprès de nous pendant l'arrêt cardiaque
242 parce que ... euh ... ils sont déjà une équipe organisée ... pluridisciplinaire et euh je pense
243 que voilà leur travail c'est d'agir en situation d'urgence et euh il faut leur laisser faire leur travail
244 et puis voilà sinon s'ils ont besoin de nous bien sûr on est disponible on reste à leur côté pour
245 leur apporter du matériel par exemple. Mais dans l'urgence je pense vraiment qu'il faut les
246 laisser tranquille. Par contre après l'urgence j'aurai aimé qu'ils répondent à mes questions. Je
247 pense qu'ils auraient pu répondre à nos interrogations, nous apporter des connaissances mais
248 je pense qu'ils n'ont peut-être pas le temps car y a beaucoup de situations d'urgence le SMUR
249 n'a pas peut-être pas forcément le temps de rester avec nous après une situation d'urgence.
250 Ça serait intéressant que ce soit les personnes du SMUR qui puissent nous former qu'on
251 puisse échanger avec eux de vraies situations qui se passent dans les services. Parce que
252 eux pour le coup ils sont vraiment plus à même de nous former qu'un formateur sur les gestes
253 de base. En fait, on n'a pas tout ce qui se passe autour en formation AFGSU. Alors que

254 l'équipe du SMUR pour le coup lui il a tout ce qui se passe autour il connaît l'environnement
255 du patient.

256 **Enquêteur** : Comment vous percevez justement cette équipe de réanimation et notamment
257 l'IADE ?

258 **IDE 1** : Pour moi c'est une équipe qui est soudée euh qui est organisée chacun à sa place
259 dans la réanimation ils savent vraiment quand ils arrivent ce que chacun a à faire euh moi je
260 trouve que c'est une ... enfin j'ai une belle image du SMUR et heureusement qu'ils sont là.

261 Enquêteur : D'accord et une dernière question. A votre avis, comment est-ce que nous
262 pourrions améliorer la prise en charge de l'arrêt cardiaque intra hospitalier ?

263 (silence)

264 **Enquêteur** : Est-ce que vous avez des idées d'outils ?

265 **IDE 1** : Pour la prise en charge elle-même de l'arrêt cardiaque ... euh comme je vous avais dit
266 si on pouvait être formé par une équipe d'anesthésie sur la manipulation notamment du sac
267 d'urgence sur euh voilà ce qu'il y a dedans euh mais après c'est surtout pour le après. Je
268 trouve qu'on n'est pas tellement écouté. On n'a pas de groupe de paroles. On banalise l'arrêt
269 cardiaque sauf que quand ça nous arrive on ... enfin c'est une situation difficile à gérer
270 personnellement ça se ressent que c'est difficile.

271 (fin de l'enregistrement).

1 **Transcription entretien IDE 2 : 23 min et 23 sec - 13 avril 2018.**

2

3 Femme, IDE en service de chirurgie d'un centre hospitalier.

4

5 (Début de l'enregistrement).

6 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?

7 **IDE 2** : 30 ans.

8 **Enquêteur** : Depuis quand êtes-vous diplômés ?

9 **IDE 2** : 2012.

10 **Enquêteur** : D'accord. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service de chirurgie ?

11 **IDE 2** : Ça fera 6 ans au mois d'octobre.

12 **Enquêteur** : D'accord, vous avez exercé dans d'autres services auparavant ?

13 **IDE 2** : Non pas du tout, je suis dans ce service depuis mon diplôme.

14 **Enquêteur** : Parfait. Est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en dehors
15 de votre profession d'infirmière ?

16 **IDE 2** : Non aucune.

17 **Enquêteur** : D'accord. Euh ... comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt
18 cardiaque ?

19 **IDE 2** : On a l'AFGSU 1 et l'AFGSU 2. Je les ai passés à l'école d'infirmière.

20 **Enquêteur** : Quelle était votre dernière formation ? Elle remonte à quand ?

21 **IDE 2** : La dernière c'était il y a 6 mois. En fait ça faisait 3 ans que j'avais demandé la formation
22 d'urgence réanimation parce que je l'avais quand j'étais à l'école et c'était plus valable en fait.
23 Et la cadre ne pouvait pas me la donner.

24 **Enquêteur** : Si je comprends bien c'est vous qui avez demandé ça n'a pas été imposé ?

25 **IDE 2** : Oui. Ce n'est pas du tout l'hôpital ou mes cadres qui me l'ont proposé ou imposé mais
26 c'est moi qui l'ai demandé. Suite à des situations d'urgence. En plus normalement ils sont
27 censés nous mettre je crois d'office pour remettre à jour l'AFGSU.

28 **Enquêteur** : Et ça s'est passé comment cette formation ?

29 **IDE 2** : Ba c'était sur 3 jours. En fait vu que c'était plus valable ... ça fait quand même depuis
30 plus de 5 ans que j'en ai pas eu ... du coup si j'ai bien compris je devais le refaire sur 3 jours.
31 (Silence).

32 **Enquêteur** : D'accord et le contenu de la formation consistait en quoi ?

33 **IDE 2** : Y avait de la théorie et de la pratique. C'était sur mannequin lorsque c'était l'arrêt
34 cardiaque. On passait un par un pour faire le massage et la ventilation. Par contre pour les
35 plaies par exemple euh y'avait du maquillage sur le bras d'une personne et elle faisait semblant
36 d'être blessée... d'avoir un accident. Et on devait la prendre en charge à plusieurs. C'était plus

37 réaliste. C'était vraiment bien. En plus on a eu des choses sur les attentats et puis aussi en
38 cas d'attaque chimique on nous a appris à nous habiller tout ça.

39 **Enquêteur** : Vous me dites que vous étiez plusieurs, vous étiez avec vos collègues ?

40 **IDE 2** : Non c'était avec des gens que je ne connaissais pas. Y'avais des infirmières, des
41 dentistes euh des brancardiers, des ASH, AS...

42 **Enquêteur** : Vous m'avez expliqué que vous avez eu du mal à avoir une formation après
43 l'école. Pensez-vous que votre formation actuelle est suffisante ?

44 **IDE 2** : Je suis très contente de la formation que j'ai eue mais ça aurait été mieux plus tôt. En
45 fait ... euh ... on devrait en avoir plus souvent. Au moins une petite piqure de rappel par an ça
46 serait bien.

47 **Enquêteur** : D'accord, très bien. Vous avez vécu combien de situations d'ACR au cours de
48 votre pratique ?

49 **IDE 2** : J'ai eu plein d'urgence mais j'ai dû avoir 4 arrêts cardiaques.

50 **Enquêteur** : Quand même.

51 (Rires)

52 **Enquêteur** : Et le dernier remonte à quand du coup ?

53 **IDE 2** : Euh le dernier c'était peut-être environ 6 mois. C'était peu de temps après la formation
54 justement.

55 **Enquêteur** : En cas d'arrêt cardiaque quelle est la procédure de prise en charge dans votre
56 hôpital ?

57 **IDE 2** : En fait nous on a une procédure particulière dans notre service par rapport aux autres
58 services. En fait ... euh ... Moi je travaille dans le service d'hospitalisation traditionnelle mais
59 on a aussi un service de soins continus. Et du coup quand on a une urgence dans le service
60 on appelle d'abord l'interne de chirurgie. Et ensuite on appelle le SAMU on a un numéro exprès
61 pour ça c'est le 8888. Et en général l'anesthésiste vient également dans la foulée si c'est la
62 journée. On prévient déjà l'interne et après le SAMU parce que l'interne en général il est déjà
63 sur place.

64 **Enquêteur** : Et l'équipe de réanimation que vous avez appelée elle était composée de qui ?

65 **IDE 2** : Alors y a le médecin. Y a un infirmier c'est sur ou un infirmier anesthésiste des fois.
66 Après j'avoue que je ne sais pas trop. Et je crois que la dernière fois y avait un aide-soignant.

67 **Enquêteur** : Ok. Est-ce que vous pouvez me décrire la prise en charge d'un arrêt cardiaque
68 que vous avez vécu ?

69 **IDE 2** : Ba le dernier que j'ai eu c'était un patient en fait qui ... était là depuis au moins 20 jours
70 en fait c'était un transfert de la réa SAMU. Et puis il n'avait pas de famille. Depuis plusieurs
71 jours il se dégradait sur le plan neurologique. Ba du coup on s'est demandé si on devait le
72 réanimer ou pas vu qu'il n'avait pas de famille. Il était sous tutelle donc on attendait que le juge
73 euh ai donné son accord de ne pas réanimer mais en fait il a fait son arrêt cardiaque avant.

74 Donc ba on a été obligé de le réanimer ... puisqu'il n'y avait pas écrit ne pas réanimer sur le
75 dossier avec euh le consentement de ... du juge. Donc en fait le patient il a commencé à se
76 dégrader fortement sur le plan neurologique ... avec un déficit. Du coup on a prévenu le
77 chirurgien et on a emmené le patient au scanner. Avec bien sûr le sac d'urgence et un interne
78 qui est venu avec nous. Et une fois qu'on est arrivé dans le service il s'est mis en arrêt. Donc
79 on a commencé à mettre la planche et à masser. On était 4 y a avait moi, ma collègue
80 infirmière, l'interne et le médecin anesthésiste nous a rejoint tout de suite. Ah et une aide-
81 soignante.

82 **Enquêteur** : Vous vous êtes organisés comment dans la prise en charge ?

83 **IDE 2** : Ba on avait déjà préparé le chariot d'urgence dans la chambre. On a mis déjà la
84 planche tous ensemble en plus le patient était obèse. Et euh ba ensuite ... ba moi j'ai massé.
85 Puis pendant ce temps-là mes collègues ont branché le ballon sur l'oxygène et puis l'anesth a
86 commencé à vouloir intuber. Donc ba on a sorti le matériel pour qu'il intube et puis ba à tour
87 de rôle on se relayait pour masser.

88 **Enquêteur** : Et votre organisation elle s'est fait comment ?

89 **IDE 2** : Ba pour l'intubation forcément c'est le médecin qui nous demander de l'aider. Sinon le
90 reste ba en fait ça s'est fait naturellement. Y a juste les médicaments on ne sait pas trop
91 anticiper car selon les anesthésistes ils n'utilisent pas tous la même chose j'ai l'impression du
92 coup ils nous disent ce qu'ils veulent. Mais je ne les connais pas tous. En fait ça dépend
93 lesquels mais y en a je ne sais pas trop comment ils se préparent.

94 **Enquêteur** : Et du coup c'est vous qui avez appelé l'équipe de réanimation ?

95 **IDE 2** : Non en fait c'est l'interne parce qu'on a bien vu que la patient se dégradait de plus en
96 plus en revenant du scanner du coup il a appelé le SAMU. Et puis ba on a massé peut-être 10
97 min un quart d'heure et le SAMU est arrivé tout de suite dans la foulée.

98 **Enquêteur** : Et quand ils sont arrivés vous vous êtes positionnées comment ?

99 **IDE 2** : Ba ils ont pris tout de suite le relais. Ils m'ont juste demandé une ampoule d'adré.

100 **Enquêteur** : Du coup ils vous ont impliqué ? Qu'est-ce que ça vous a apporté ?

101 **IDE 2** : Ba ils m'ont impliqué oui et non. Ils 'ont demandé de l'adré mais c'est tout. Et c'est
102 dommage parce que bon quand un patient fait un arrêt cardio-respiratoire ba on se pose
103 toujours la question est ce qu'on a tout bien fait comme il fallait. Ba des fois on aimerait bien
104 qu'on nous dise ce qui manquait ou ce ne manquait pas. Et puis bon après c'est sûr que quand
105 on refait la situation ba on se dit que ba la prochaine fois faut que je fasse comme si comme
106 ça.... Je pense que c'est un peu avec l'expérience qu'on apprend de plus en plus.

107 Ça aurait été bien d'en parler avec eux. Enfin en fait ça dépend. Ça dépend des équipes.
108 Parce que des fois y'en a des fois des très sympas mais y'en aussi des pas sympas. Y en a
109 ils nous disent que ça va et y'en a ils nous demandent juste l'adré et de leur photocopier le le
110 dossier. Ils prennent le patient en charge tout de suite puis ils s'en vont en fait. On leur

111 photocopie tout le dossier, le dossier clinique le dossier médical d'anesthésie et le dossier de
112 soins. On photocopie tout et on leur donne. Puis ils s'en vont avec le malade puis euh parfois
113 ils nous adressent pas du tout la parole on tient juste le sac en fait. Ils ont réussi à le réanimer
114 mais il est mort quelques jours plus tard en réa mais pas chez nous.

115 **Enquêteur** : Ok. Pour vous quelles sont les qualités à avoir pour être efficace lors d'un ACR
116 ?

117 **IDE 2** : Euh ... je pense qu'il faut être serein. Faut pas paniquer sinon on se disperse on sait
118 plus où on en est. Et aussi d'avoir fait plusieurs arrêts ... oui ça aide ça aussi. Voilà et euh
119 aussi il faut être plusieurs. Toute seule c'est pas possible y a trop de chose à faire.

120 **Enquêteur** : Et dans les arrêts cardiaques que vous avez vécus il y en a qui ont été difficiles ?
121 Et en quoi c'était difficile ?

122 **IDE 2** : Euh ... mon premier arrêt cardiaque a été très difficile étant donné qu'on était deux
123 infirmières et c'était la nuit. Euh l'interne a été appelé mais euh en fait il ne savait pas plus que
124 nous ce qu'il fallait faire (rires). Y a des choses qui reviennent instinctivement. Mais y a des
125 choses pas du tout genre mettre les patchs du défibrillateur ba euh on regardait sur les poches
126 comment fallait les mettre. On s'est dit mais comment on les met déjà ? Après on les a mis
127 mais on s'est pourvu qu'on les a bien mis. Donc ba heureusement qu'il y a le dessin. L'interne
128 avait appelé la SAMU mais en aucun cas il nous aidé.

129 Mais ça c'était le premier. Maintenant que j'en ai eu plusieurs ça va mieux. Après même si on
130 a la formation ça nous juste les bases. Après en situation réelle d'urgence on ne sait pas
131 vraiment comment on va réagir je sais qu'il y a des choses qui sont instinctives car on est des
132 soignants mais après quand euh à force d'en faire ba la prochaine fois on sait ce qu'il faut faire
133 tout de suite on n'a pas besoin de réfléchir à ce qu'on va faire et ouais ça devient instinctif on
134 sort le matériel on sait déjà ce qu'il faut etc. alors que quand c'est votre premier ba déjà rien
135 que le matériel pour intuber en AFGSU on le voit pas on le voit vite fait mais on s'est même
136 pas on prépare pas on fait rien de pratique. Donc ba c'est de l'apport théorique mais la pratique
137 c'est important et c'est différent.

138 **Enquêteur** : Et par rapport à l'organisation de la prise en charge ça s'est passé comment ?

139 **IDE 2** : Non à part le matériel y a pas eu d'autres problèmes enfin si du coup on pensait pouvoir
140 se reposer sur l'interne mais au final il ne savait pas plus faire que nous.

141 **Enquêteur** : Et par rapport à vos difficultés matérielles et vis-à-vis de l'interne vous auriez
142 aimé avoir quelles ressources pour vous aider ?

143 **IDE 2** : Ba d'autres ressources euh sur le moment l'interne nous a laissé dans la panade donc
144 on n'en avait pas vraiment. Voilà. Mais on avait appelé l'équipe de réa. Puis voilà c'est eux qui
145 ont pris le relais. Parce que sinon ba ouais on avait commencé à masser mais je pense que
146 d'avoir quelqu'un qui en a déjà eu des arrêts cardiaques ça favorise quand même la bonne
147 prise en charge. Parce que j'ai déjà fait des arrêts cardiaques avec deux de mes collègues qui

148 en avaient jamais fait à ce temps-là j'étais enceinte en plus je suis descendu et euh en fait
149 c'était leur premier et quand je suis arrivée en renfort ba elles massaient et elles ventilaient en
150 même temps. Elles savaient pas comment gérer en fait. Donc ba moi je suis arrivée ba j'ai
151 commencé à compter pour reprendre un cycle normal. Et puis ba elles ont suivi mes
152 consignes. Quand on en a déjà eu c'est plus facile pour organiser les choses. Si c'est
153 quelqu'un qui n'en a jamais eu en fait ba tu es un peu perdu. Tu sais pas par quoi commencer
154 ba comme je disais mes collègues ba elles ballonnaient en même temps qu'elles massaient
155 elles savaient plus trop comment faire ... moi je suis arrivée j'ai mis la planche puis j'ai fait
156 massé une de mes collègues et j'ai commencé à compter pour prendre un rythme. J'ai
157 demandé à l'autre infirmière d'aller appeler l'anesthésiste et le SAMU parce que c'est elle qui
158 connaissait mieux le patient moi je travaillais dans le service au-dessus. Je venais seulement
159 parce qu'elle m'avait appelé en fait.

160 **Enquêteur** : D'accord. Comment avez-vous vécu ces arrêts cardiaques pendant et après ?

161 **IDE 2** : Pas toujours très bien dans les deux cas mais surtout après. (Silence).

162 **Enquêteur** : Vous y repensez parfois ?

163 **IDE 2** : Ba oui j'y repense toujours même. A chaque fois qu'on a un patient qui fait un arrêt
164 cardiaque on se demande toujours si on a bien fait ce qu'on aurait pu améliorer pour lui et euh
165 jusqu'à maintenant on a toujours récupéré le patient donc j'ai de la chance peut être mais c'est
166 sûrement plus difficile quand il meurt. Et puis j'y repense même à la maison. Et puis y a la
167 décharge d'adrénaline euh sur le coup et puis ba après ça va moins bien. Et puis aussi avec
168 des patients c'est plus dur que d'autres. On fait plus de transferts que d'autres. Ca dépend de
169 l'âge ça dépend du patient en fait des histoires de vie.

170 **Enquêteur** : Si j'ai bien compris l'arrêt cardiaque qui a été le plus difficile c'était votre premier.
171 Est-ce que suite à cela vous avez réfléchi à la prise en charge de l'ACR ?

172 **IDE 2** : Oh oui bien sûr. Parce que le truck tout bête ... mais on avait oublié de mettre la canule
173 ba du coup on ne ventilait pas très bien. On n'avait pas branché le ballon sur l'oxygène ...
174 maintenant j'y pense ... Le premier arrêt que j'ai fait avec ma collègue c'était le premier pour
175 toutes les deux. Et en plus on était toute seule donc vraiment c'était une catastrophe le patient
176 était déjà perfusé donc on n'a pas eu besoin de le perfuser. Et heureusement. Parce que j'ai
177 vécu d'autres arrêts. Où il fallait perfuser ventiler masser et intuber en même temps quoi c'était
178 pas facile surtout quand on est pas nombreux mais là franchement ça avait été une
179 catastrophe.

180 **Enquêteur** : Vous pensez que d'être deux ce n'était pas suffisant ?

181 **IDE 2** : Ba non c'était trop juste en plus ce jour-là on a attendu 1h30 que le SAMU arrive et à
182 la fin on voyait même des étoiles. On était épuisé. Et franchement c'était vraiment hyper long.
183 On a massé à deux personnes puis à trois quand l'interne est arrivé pendant une heure et

184 demi. En plus il avait de gros antécédents de cancer tout ça ... c'était vraiment une situation
185 difficile.

186 **Enquêteur** : Suite à ça vous en avez discuté ? Si oui, avec qui ?

187 **IDE 2** : Oui on en a discuté entre collègue. En fait avec ma collègue de nuit.

188 **Enquêteur** : Suite à la situation, est-ce que vous avez fait des recherches pour mieux
189 comprendre la situation ? Et est-ce que cela vous a permis de mieux appréhender les autres
190 arrêts cardiaques ?

191 **IDE 2** : Oui ba déjà on refait le chariot d'urgence régulièrement. C'est refait une fois par mois.
192 Parce que avant c'était souvent les mêmes qui le vérifiait. Il manquait plein de choses y avaient
193 plein de choses de périmés. Parce que clairement j'ai l'impression que personne tout le monde
194 s'en fiche. Les urgences ça n'arrive pas tout le temps et puis bon c'est vrai qu'on a pas trop le
195 temps dans le service mais bon y a des week-ends et des nuits plus calmes et puis ba quand
196 on a une urgence on est bien content que tout soit prêt. Franchement quand il n'y a même pas
197 un cathéter dans le chariot d'urgence c'est quand même grave donc on a mis un roulement en
198 place avec chaque mois une personne référente en charge de le vérifier. Qui doit remettre les
199 choses qui manquent.

200 **Enquêteur** : Ok. Le fait d'en avoir discuté avec vos collègues, ça a modifié vos pratiques ?

201 **IDE 2** : Oui parce que après on s'est dit que ba en fait quand le SAMU est arrivé on a regardé
202 un peu comment ils faisaient tout ça. Là on leur avait posé un peu de questions à savoir si on
203 avait bien mis les patchs par exemple. On a vu qu'ils mettaient la canule donc ba oui on s'est
204 dit on est bête on n'a pas mis la canule. On avait vu qu'on n'avait pas brancher le ballon sur
205 l'oxygène. Ba après tu analyses et puis ba tu te dis que ba la prochaine fois ça ne se passera
206 pas comme ça. Tu t'en veux toujours un peu faut que tu puisses te regarder dans une glace
207 le matin et te dire que tu as fait tout ce que tu as pu pour sauver le patient.

208 **Enquêteur** : Vous m'avez dit au début de cet entretien qu'il y avait un IADE dans l'équipe de
209 réanimation. Selon vous, l'IADE a-t-il un rôle auprès de vous ? Si oui, lequel ?

210 **IDE 2** : Ba oui clairement je pense qu'il pourrait nous apporter des connaissances sur les soins
211 techniques dans le sens où aussi quand tu fais l'arrêt il te manque toujours quelque chose, ce
212 qu'il faudrait. Bon après y a l'art et la manière de le dire parce que un jour j'ai eu une équipe
213 pas très sympa et quand j'ai posé des questions au médecin il ne m'a pas répondu il parlait
214 que à notre interne. Des fois ils nous n'adressent quasi pas la parole. Peut-être que c'est parce
215 qu'ils connaissent mieux leurs équipes, qu'ils ont plus confiance en leur équipe et donc du
216 coup ils préfèrent que ce soient eux qui prennent le patient en charge donc ils ne veulent pas
217 nous impliquer. Je sais pas. Le fait de se connaître dans une équipe ba tu sais comment va
218 l'autre va préparer donc tu n'as pas besoin de vérifier ce qu'il fait. Tu sais ce qu'il veut comme
219 matériel tu n'as plus besoin en fait de parler. C'est une question d'habitude peut être aussi.
220 Mais en tout cas du coup j'osais plus poser de questions. Ba et puis quand tu parles à l'infirmier

221 anesthésiste ou l'infirmier il te dit de lui passer une ampoule d'adré. On se sent un peu utile.
222 Donc je lui ai passé les trucks qu'il voulait la dernière fois. Il a vu que je savais du coup il m'a
223 fait un sourire voilà mais on n'a pas plus parlé que ça malheureusement. (silence). J'aime bien
224 quand il me demande de participer mais je sais qu'il y en a d'autres qui préfères rester à l'écart.
225 Après parfois moi aussi parfois je pense que j'attends juste qu'ils prennent le relais. Parce que
226 quand ça fait plus d'une heure que tu masses c'est un vrai soulagement quand ils arrivent
227 aussi. Donc ba cette fois-là c'était un soulagement d'être mis à l'écart.

228 **Enquêteur** : D'accord, et du coup d'une manière générale, à votre avis, comment est-ce que
229 nous pourrions améliorer la prise en charge de l'arrêt cardiaque en service ? Au travers de
230 quels outils ?

231 **IDE 2** : Déjà le chariot d'urgence. Il faut qu'il y ait plus de gens qui le refont, qui vérifient les
232 périmés. Parce que y a pas que dans notre service j'en discutait avec des amies infirmières y
233 a dans plein de service où ba les infirmières elles s'en fichent c'est jamais refait. Et puis ba le
234 jour J où ils nous arrivent quelque chose ba là on se dit mince si j'avais su je l'aurai fait ou
235 j'aurai vu qu'il manque du matériel. Ba comme je disais quand y a même pas un cathéter dans
236 le chariot et que le patient ba il fait une embolie dans le couloir ba c'est limite du coup on doit
237 courir après le matériel on perd du temps pour le patient quoi.

238 **Enquêteur** : D'accord, vous voyez d'autres choses en dehors du chariot ?

239 **IDE 2** : Ba refaire l'AFGSU plus souvent. Après je sais pas si c'est possible parce que en
240 termes de formation on a le droit à un certains quota par an et ils peuvent pas mettre tout le
241 monde dedans en même temps... après vu que j'arrivais pas à avoir ma formation auprès des
242 cadres ba en attendant j'avais demandé aux anesthésistes s'ils pouvaient pas nous faire des
243 cours pour tout le monde car en plus on avait beaucoup de nouveaux infirmiers dans le service
244 pour ... pour qu'on puisse améliorer nos pratiques en fait. Parce que nous on n a pas d'IADE
245 et puis il n'a pas tellement le temps j'ai l'impression mais on a l'anesthésiste on le voit quasi
246 tous les jours il vient voir les patients qui vont se faire opérer. Donc on pourrait de temps en
247 temps ... que ce soit lui qui nous disent il faut s'il faut ça. Faut que tu réagisses comme ça
248 même quitte à faire avec des mannequins je pense que c'est possible d'en avoir en service.
249 Après aussi c'est bien d'en parler entre collègues. Mais c'est plus facile d'en discuter entre
250 nous dans le service parce qu'on se sent plus en confiance on se sent moins juger. Je pense
251 que c'est plus facile d'en parler avec son équipe à soit parce qu'on arrive mieux à se confier
252 qu'à des gens qu'on connaît pas.

253 Ba vous allez être infirmière anesthésiste donc ba ça serait bien qu'on vienne nous faire
254 quelques piqûres de rappel de temps en temps en plus en ce moment on vous voit passer
255 dans le service pour faire vos études de recherche sur les dossiers si jamais vous avez le
256 temps ...

257 (Fin de l'enregistrement).

1 **Transcription entretien IDE 3 : 12 min et 36 sec - 26 avril 2018.**

2

3 Femme, IDE en service de chirurgie d'un centre hospitalier.

4

5 (Début de l'enregistrement).

6 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?

7 **IDE 3** : J'ai 30 ans.

8 **Enquêteur** : Depuis quand êtes-vous diplômés ?

9 **IDE 3** : Depuis 2009.

10 **Enquêteur** : Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

11 **IDE 3** : J'ai commencé en 2009 en ortho, donc à cette époque-là y'avait de l'ortho et de
12 l'urologie jusqu'en 2011. Après en 2011 jusque 2014 on avait que de l'ortho. Après on a eu un
13 nouveau bâtiment donc j'ai fait ortho vasculaire ophtalmo et là depuis fin de l'année dernière
14 on a récupéré l'ORL à la place du vasculaire. Donc depuis je fais orthopédie ORL et là je vais
15 travailler aux urgences. J'ai fait 8 ans de chir.

16 **Enquêteur** : D'accord, est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en
17 dehors de votre profession d'infirmière ?

18 **IDE 3** : Non.

19 **Enquêteur** : Ok. **Comment vous êtes formés à la prise en charge de l'arrêt cardiaque ?**

20 **IDE 3** : J'ai l'AFGSU 2.

21 **Enquêteur** : La formation s'est passée comment ?

22 **IDE 3** : C'était toutes les prises en charge d'urgence c'était pas forcément que l'ACR. C'était
23 vraiment toutes les détresses, les malaises etc. C'était en petit groupe. Voilà.

24 **Enquêteur** : Depuis vous avez eu d'autre formation ?

25 **IDE 3** : Alors récemment on a refait une formation sur le chariot de réa avec deux trois mises
26 en situation. J'ai eu le recyclage de l'AFGSU.

27 **Enquêteur** : Vous avez été recyclées quand pour l'AFGSU ?

28 **IDE 3** : Il y a deux ans.

29 **Enquêteur** : C'était sur une journée ?

30 **IDE 3** : Non sur trois jours du coup ils m'ont oublié donc j'ai du tout refaire.

31 **Enquêteur** : Et la formations sur le chariot ça a été fait par qui ?

32 **IDE 3** : C'était par une IADE du CESU. Elle travaille au SAMU.

33 **Enquêteur** : Vous pensez que votre formation actuelle, elle est suffisante pour prendre en
34 charge les arrêts ? Qu'est-ce qui vous manque ?

35 **IDE 3** : En fait la formation elle est bien elles sont bien mais après c'est la pratique qui manque.

36 **Enquêteur** : Est-ce que vous pensez que la fréquence des formations est suffisante ?

37 **IDE 3** : Non il en faudrait plus. Au moins tous les ans.

- 38 **Enquêteur** : Vous avez rencontré combien de situations d'ACR au cours de votre pratique ?
- 39 **IDE 3** : (rires) des arrêts cardio ... euh pfff je ne sais pas trop.
- 40 **Enquêteur** : Dites-moi un ordre de grandeur ? 5 ? 10 ?
- 41 **IDE 3** : Plus que 10 oui en 9 ans oh oui largement.
- 42 **Enquêteur** : C'est beaucoup.
- 43 **IDE 3** : En orthopédie on a beaucoup de personnes âgées donc euh les arrêts c'est fréquent.
- 44 Aujourd'hui si y a une personne en arrêt c'est le médecin qui doit déclarer si elle est morte ou
- 45 pas sauf qu'il est souvent au bloc. Et du coup quand tu les trouves en arrêt ba tu fais souvent
- 46 des réa même si c'est des personnes âgées. Donc non je sais pas je dirai une quinzaine.
- 47 **Enquêteur** : D'accord et à quand remonte l'ACR que vous avez pris en charge dans l'unité ?
- 48 **IDE 3** : Et ba c'était en février. (rires)
- 49 **Enquêteur** : Quelle est la procédure de l'hôpital en cas d'arrêt cardiaque ?
- 50 **IDE 3** : Un arrêt cardio-respiratoire c'est le 15.
- 51 **Enquêteur** : Et du coup c'est qui se déplace pour faire la réanimation ?
- 52 **IDE 3** : C'est le SAMU. Une équipe du SAMU.
- 53 **Enquêteur** : Vous savez de qui est composée cette équipe ?
- 54 **IDE 3** : Y a le médecin, des fois l'interne, l'infirmière ou l'infirmière anesthésiste, et puis ba
- 55 l'ambulancier.
- 56 **Enquêteur** : Est-ce que vous pouvez me décrire la prise en charge d'un arrêt cardiaque que
- 57 vous avez vécu ?
- 58 **IDE 3** : Euh ba alors donc euh déjà si tu es toute seule tu appelles. Ba la dernière fois c'était
- 59 quoi déjà. C'était ma collègue qui était arrivée dessus. Donc ils étaient déjà plusieurs à masser
- 60 elle elle est partie chercher le chariot de réa euh il était déjà perfusé donc c'est bon on a retiré
- 61 la tête de lit on a mis le BAVU on a été chercher le défibrillateur euh préparer l'adré et après
- 62 le SAMU est arrivé. Et on l'a récupéré. C'était sur une fausse route. Donc ça a été.
- 63 **Enquêteur** : Vous avez rencontré des situations d'arrêts cardiaques plus difficiles ?
- 64 **IDE 3** : Franchement non parce que au final l'arrêt cardiaque c'est bête ce que je vais dire
- 65 mais c'est finalement l'urgence la plus facile à gérer parce que de toute façon il est en arrêt ça
- 66 ne peut pas être pire donc tu masses tu masses et tu attends que le SAMU arrive. Et voilà. On
- 67 perfuse si le patient n'y est pas on prépare l'adré. Après j'en ai eu beaucoup donc maintenant
- 68 ça me paraît plus simple c'est sûr que mes premiers arrêts c'était plus compliqué. J'ai
- 69 énormément progressé. Le premier tu sais pas ce qui va se passer tu te dis faut que je masse
- 70 mais j'ai jamais massé, est ce que je fais ça correctement ? Après avec l'expérience ça va
- 71 beaucoup mieux. Ca devient réflexe. On sait ce qu'on a besoin.
- 72 **Enquêteur** : Vous m'avez dit que vous aviez rejoint votre collègue sur l'arrêt. Vous vous êtes
- 73 positionnée comment ?

74 **IDE 3** : Ba du coup quand je l'ai rejoint ba j'ai fait ce qu'il restait à faire. C'est assez automatique
75 en fait. Y en a qui massait l'autre qui ramenait le chariot donc ba j'ai enlevé la tête du lit et j'ai
76 ventilé. Donc souvent les aides-soignants ils massent. Nous si la patiente n'est pas perfusé tu
77 perfuse tu prépares ton adrè c'est toi qui appelle le SAMU souvent tu ventiles donc euh voilà
78 après quand tu en as fait plusieurs ba tu gères un peu les opérations entre guillemets.

79 **Enquêteur** : Donc vous vous en avez rencontré beaucoup des arrêts et qu'en est-il pour vos
80 collègues ?

81 **IDE 3** : ça dépend. Moi je suis une des plus anciennes donc forcément j'en ai eu plusieurs ...
82 effectivement j'allais plus vite à l'essentiel dans la réanimation j'étais peut-être plus efficace je
83 sais pas. En tout cas c'est vrai que je disais à chacun quoi faire. J'essayais de les orienter.

84 **Enquêteur** : Pour vous quelles sont les qualités principales pour bien prendre en charge un
85 arrêt cardiaque ?

86 **IDE 3** : Il faut être calme ... comme dit la machine « restez calme » (rires). Non non sans rire
87 il faut vraiment rester calme. Faut pas paniquer sinon on part dans tous les sens sinon c'est
88 n'importe quoi on sait plus qui fait quoi. On s'énerve. Après c'est plus facile à dire qu'à faire.
89 Ça dépend de la situation, c'est pareil si tu as un arrêt sur une mamie de 80 ans enfin bon tu
90 vas être moins stressée car souvent tu ne vas pas la récupérer et c'est dans l'ordre des choses
91 s'il a 50 ans ou si c'est un jeune tu vas être plus stressée c'est normal c'est pas le même enjeu.

92 **Enquêteur** : Quand le SAMU arrive vous êtes impliqués par l'équipe ?

93 **IDE 3** : ça dépend qui. Tu as des équipes qui te ... au contraire s'investissent vachement qui
94 te montrent plein de choses te fait faire plein de chose et puis tu en as d'autres quand elles
95 arrivent ba tu t'écartes quoi. Voilà.

96 **Enquêteur** : Et vous le vivez comment vous ? Vous préférez être impliquées ?

97 **IDE 3** : Oui je préfère être impliquée parce que c'est comme ça que tu te formes finalement
98 c'est en faisant ou en observant.

99 **Enquêteur** : Par exemple préparer de l'adrénaline c'est pas commun en orthopédie ...

100 **IDE 3** : Ah non et puis on le voit pas à l'AFGSU ça mais après on l'a vu avec la formation sur
101 le chariot d'urgence. L'infirmière anesthésiste elle nous a présenté tous les médicaments.
102 Donc elle nous a montré l'adrè. C'est normal c'est un peu la base pour un arrêt. Tu prépares
103 au moins une seringue.

104 **Enquêteur** : Et y a des choses qui vous ont manqué dans la prise en charge ? Est-ce que
105 vous profitez de l'équipe du SAMU pour leur poser des questions ?

106 **IDE 3** : Pareil ça dépend sur qui tu tombes. Tu en as qui sont très ouverts et d'autres pas du
107 tout accessible. Donc y en a oui avec qui on peut discuter c'est clair.

108 **Enquêteur** : D'accord, et comment vous vivez la prise en charge de l'arrêt ? Pendant et après
109 la situation ?

110 **IDE 3** : ça dépend de la situation. Souvent en ortho les arrêts c'était souvent des personnes
111 âgées donc tu vois pas les choses de la même façon c'est sûr que si c'est un jeune patient tu
112 as plus de mal quoi. Et puis en plus on les connaît depuis plusieurs jours même des semaines.
113 Et puis ba quand y a la famille là c'est vraiment compliqué. Mais voilà ça va dépendre de la
114 personne de la durée d'hospitalisation c'est vraiment dépendant du type de personne.

115 **Enquêteur** : Est-ce que suite à ces arrêts cardiaques vous réfléchissez à la prise en charge ?

116 **IDE 3** : On en discute en équipe souvent.

117 **Enquêteur** : C'est formalisé ?

118 **IDE 3** : Non non c'est comme ça entre nous c'est un petit débrief.

119 **Enquêteur** : Ok. Est-ce que vous avez fait des recherches suite à ces arrêts ?

120 **IDE 3** : Oui je me tiens informée. On pratique pas tous les jours l'arrêt donc de temps en temps
121 je vais revoir un peu les dosages et tout. J'essaie de réviser c'est moins stressant. Ça rassure.

122 **Enquêteur** : Donc à chaque fois que vous avez une difficulté dans ces situations vous allez
123 chercher les infos ?

124 **IDE 3** : Oui carrément. Ça améliore nos pratiques.

125 **Enquêteur** : Vous m'avez dit qu'il y a un infirmier anesthésiste dans l'équipe du SAMU, pour
126 vous quel rôle il a vis-à-vis de vous ?

127 **IDE 3** : Ba après ... euh de la formation finalement. Ba oui parce que c'est lui qui a quand
128 même plus l'habitude sur les médocs, les dilutions et tout ça quoi faire dans la réanimation.

129 **Enquêteur** : Vous discutez facilement avec lui ?

130 **IDE 3** : Ca dépend. Des fois on discute aussi avec les médecins. Ca dépend de la personne
131 qui a en face de toi.

132 **Enquêteur** : Et à votre avis d'une manière générale, comment est-ce qu'on peut améliorer la
133 prise en charge de l'arrêt cardiaque en service ? Quels outils ?

134 **IDE 3** : Ba la formation. Il faut plus de formation. Sur le chariot de réa déjà sur tous les
135 médicaments. Enfin les médicaments principaux de la réanimation de l'intubation etc. et euh
136 après des piqûres de rappel tous les ans je pense. C'est nécessaire. Normalement c'est
137 comme ça que ça devrait se passer mais la réalité elle est tout autrement. Par exemple le
138 chariot de réa on le vérifie tous les mois tu dois être formé pour ça.

139 **Enquêteur** : D'accord. Vous me parliez de petit débrief. Qu'est-ce que ça vous apporte ?

140 **IDE 3** : Ba je pense que ça améliore la prise en charge. On voit ce qui a été ou n'a pas été
141 comme ça on fait pas les mêmes erreurs au prochain ACR. Et puis en plus ça permet
142 d'évacuer le stress. On se rassure avec les collègues. Voilà on se dit j'aurai fait ci j'aurai fait
143 ça des fois aussi investir les médecins parce qu'en chirurgie le gros problème c'est qu'on ne
144 peut pas compter sur eux ils ne savent pas gérer un arrêt encore moins que nous. Eux ils
145 savent pas donc ils font pas. On est vraiment toute seule.

146 (fin de l'enregistrement).

1 **Transcription entretien IDE 4 : 19 min et 46 sec - 30 avril 2018.**

2

3 Femme, IDE en service de médecine d'un centre hospitalier.

4

5 (Début de l'enregistrement).

6 **Enquêteur** : Quel âge avez-vous ?

7 **IDE 4** : J'ai 32 ans.

8 **Enquêteur** : D'accord. Depuis quand êtes-vous diplômés infirmière ?

9 **IDE 4** : Depuis novembre 2007.

10 **Enquêteur** : Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

11 **IDE 4** : ça fait 10 ans que je suis en médecine interne.

12 **Enquêteur** : Ok. Est-ce que vous avez exercé dans d'autres services ?

13 **IDE 4** : Oui j'ai roulé un peu partout, j'ai fait de la gériatrie, du long séjour. J'ai fait de l'hémato
14 et de la gastro.

15 **Enquêteur** : D'accord, est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en
16 dehors de votre profession d'infirmière ?

17 **IDE 4** : Non. Pas du tout.

18 **Enquêteur** : D'accord. **Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardio-
19 respiratoire ?**

20 **IDE 4** : Ba on a des formations obligatoires avec le CESU, l'AFGSU. Normalement qui doivent
21 être renouvelées tous les ans mais qu'on n'a jamais tous les ans. Je l'ai eu deux fois depuis
22 le début de ma carrière. Euh puis après on apprend sur le tas je dirai.

23 **Enquêteur** : D'accord et pendant l'école vous aviez déjà eu une formation sur l'arrêt cardiaque
24 ?

25 **IDE 4** : Oui on avait eu pareil le CESU qui était venu qui était intervenu au sein de l'IFSI.

26 **Enquêteur** : Ok parfait. Pensez-vous que votre formation actuelle est suffisante pour prendre
27 en charge les arrêts ?

28 **IDE 4** : Non je ne pense pas. On en fait pas tous les jours donc il y a toujours une part de
29 stress. En tout cas pour ma part. Après bon on n'est jamais trop tout seul on a souvent la
30 chance d'avoir des internes sur place après bon ça arrive quand même qu'on soit tout seul.
31 Moi je pense qu'on n'est jamais assez prêt dans les services.

32 **Enquêteur** : Vous me dites que normalement la formation est censée être renouvelée tous
33 les ans, pour vous ça serait la meilleure des fréquences ?

34 **IDE 4** : Dans l'idéal tous les ans, après faut trouver le temps c'est compliqué ou alors tous les
35 deux ans mais là deux fois en 10 ans c'est pas assez. On n'est pas confronté aux arrêts
36 cardiaques souvent. Heureusement.

37 **Enquêteur** : D'accord, combien d'arrêts cardiaques vous avez rencontré au cours de votre
38 pratique ?

39 **IDE 4** : Je dirai une quinzaine.

40 **Enquêteur** : Et le dernier arrêt cardiaque que vous avez eu, il remonte à quand ?

41 **IDE 4** : Le dernier ça fait longtemps quand même je dirai bien un an et demi. J'ai eu mon
42 congé maternité tout ça donc j'ai pas été beaucoup présente depuis. Et puis après j'étais à
43 80% aussi. Donc ça fait quand même un moment.

44 **Enquêteur** : D'accord et est-ce que vous pouvez m'expliquer la procédure de votre hôpital en
45 cas d'arrêt cardiaque en service ?

46 **IDE 4** : Tout va dépendre de la situation. Souvent c'est un soignant qui va découvrir le malade
47 en arrêt. Tout de suite ... on est rarement tout seul ... donc soit on va débiter le massage
48 enfin on va voir si y a un pouls si y a quelque chose après on va appeler tout de suite soit y a
49 déjà un interne sur place on le prévient soit on appelle le médecin du service sur place s'il est
50 là il vient et il intervient avec le chariot de réa qu'on a dans le service qu'on amène nous-même
51 souvent avant d'appeler le médecin. On anticipe. Après il faut appeler l'interne de garde si on
52 n'a personne sur place et après on fait le 15, le SMUR. (silence)

53 Après pour le chariot de réa. On fait les péremptions tous les 15 jours, un coup l'équipe de
54 jour et un coup l'équipe de nuit. C'est quand on a le temps. C'est que les infirmières par contre
55 c'est pas les aides-soignantes. Et on vérifie le matériel. Il y a un cahier de traçabilité. Dès qu'il
56 est utilisé on le refait entièrement. Voilà au moins je le connais. Je ne suis pas très à l'aise
57 avec ce qu'il y a dedans mais si on me demande quelque chose voilà je le connais je sais où
58 ça se trouve. Je ne sais pas si c'est ça que tu demandais ?

59 **Enquêteur** : C'est ça merci. C'est très bien. Vous appelez donc le SMUR, c'est qui qui se
60 déplace exactement ?

61 **IDE 4** : Alors y a toujours un médecin, nous dans notre hôpital y a soit un infirmier anesthésiste
62 soit un infirmier. Et l'ambulancier.

63 **Enquêteur** : Est-ce que vous pouvez me décrire la prise en charge d'un arrêt cardiaque que
64 vous avez vécu dans votre service ?

65 **IDE 4** : Euh comment ça s'est passé ?

66 **Enquêteur** : Oui voilà, comment ça s'est organisé ?

67 **IDE 4** : Alors nous euh je me souviens ...donc nous on est sectorisé on est en deux secteurs
68 et donc c'est ma collègue qui a trouvé son patient en arrêt. Donc elle est sortie paniquée elle
69 a appelé de l'aide tout de suite. Donc je suis arrivée. En fait il avait encore un pouls on le
70 sentait pas bien mais il se dégradait il se dégradait. Donc on a pris les constantes on a essayé
71 de le perfuser euh on a fait une glycémie on savait pas trop ce qui faisait d'un coup d'un seul
72 il s'est mis en arrêt. Donc nous on avait un matelas dynamique donc on la mis en position dur
73 et on a commencé le massage. Ma collègue est allée prévenir le médecin l'aide-soignante est

74 allée chercher le chariot de réa on a commencé à le ventiler aussi. On a appelé le SMUR et
75 le SMUR est arrivé presque tout de suite.

76 **Enquêteur** : D'accord, et une fois que l'équipe de SMUR est arrivée ça s'est passé comment ?
77 Ils vous ont impliqué dans la réanimation ?

78 **IDE 4** : Ba non on s'est écarté. En fait notre interne était prenante elle était complètement
79 hystérique. C'est pour ça que ça m'a marqué cet arrêt-là. Elle le massait mais enfin le médecin
80 du SMUR nous a écarté en fait enfin la écarté elle il lui a dit tu pars car c'était plutôt une gêne
81 qu'une aide. Mais bon après moi c'était pas mon service donc c'est vrai que je suis partie
82 reprendre mes soins mais ma collègue il lui demandait d'aller chercher de la cordarone enfin
83 des choses qu'ils avaient besoin. Ils lui ont demandé deux trois trucks. Après c'est vrai qu'on
84 s'écarte assez vite car on a une charge de travail. Quand on peut s'en échapper ça nous
85 soulage bien aussi parfois.

86 **Enquêteur** : Vous m'avez dit que vous vous répartissiez les tâches, qu'une avait appelé l'autre
87 massait avant que le SMUR arrive comment ça s'est décidée cette répartition des tâches ?

88 **IDE 4** : En fait on a notre cadre du service qui est arrivée ... moi j'étais la plus expérimentée
89 j'avais eu plus d'arrêts donc j'avais commencé à faire des choses mais ma collègue elle elle
90 sortait de DE donc elle savait pas très bien gérer donc la cadre est venue nous aider elle a fait
91 de la cardioUSIC pendant 20 ans donc elle nous a un peu donné les ordres donc elle
92 missionnait chaque personne. Donc ça s'est super bien passé c'était organisé ... tout le monde
93 a pu bien agir.

94 **Enquêteur** : Pour vous quelles sont les qualités principales pour bien réagir justement en
95 situation d'urgence comme ça ?

96 **IDE 4** : Je dirais la gestion du stress. Déjà c'est quand même l'idéal. Garder son sang-froid et
97 puis après être assez posée. Euh essayer de réfléchir malgré la situation ne pas faire les
98 choses bêtement je pense que l'organisation c'est le maître mot. Mais bon c'est pas toujours
99 facile.

100 **Enquêteur** : C'est sûr. Euh est ce que vous avez vécu d'autres situations d'arrêt cardiaque
101 difficile ? Et quelle sont été vos difficultés ?

102 **IDE 4** : Ba des fois on a des problèmes d'organisation. Je me rappelle d'un dimanche où j'étais
103 toute seule avec deux aides-soignantes les filles étaient complètement perdues donc moi
104 j'étais en train de masser le monsieur et euh je leur ai demandé d'appeler le 15 mais elles
105 étaient complètement paniquées. Elles couraient dans tous les sens on a perdu un temps fou.

106 **Enquêteur** : Qu'est-ce que vous auriez aimé comme ressources pour palier à ses difficultés ?

107 **IDE 4** : J'aurai aimé déjà qu'il n'y ait pas un manque de personnel. Déjà on aurait été en
108 nombre ça se serait mieux passé on aurait pu se répartir les choses à faire. Y aurait pas eu
109 ce problème. Après en ressource y en avait pas en fait. Une de mes collègues était une toute
110 jeune AS elle était roulante elle pleurait l'autre elle était perdue en fait. Elles travaillent très

111 bien pas de soucis là-dessus mais bon face à un arrêt c'était panique à bord. Déjà pour nous
112 en tant qu'infirmière c'est pas facile mais pour les AS c'est pire. Elles sont encore moins bien
113 préparées que nous. Donc c'est comme si j'étais toute seule en fait.

114 **Enquêteur** : Et vous me parlez de stress, comment vous vivez l'arrêt cardiaque pendant la
115 réanimation et puis après du coup ?

116 **IDE 4** : Pendant ba en fait on a l'adrénaline. En tout cas pour ma part je suis présente. Après
117 ça dépend du patient, de l'âge du patient de ses antécédents enfin on est en médecine on les
118 garde quand même longtemps donc on s'attache donc c'est parfois difficile et y a le regard de
119 la famille aussi. Y a parfois des familles qui sont présentes et c'est pas simple. On fait des
120 débriefings en équipe souvent la cadre elle nous prend en équipe enfin ceux qui ont vécu
121 l'urgence et on parle de la situation d'urgence. On le fait pas toujours mais si la cadre est
122 présente ce jour-là on le fait ou elle demande à ce qu'on le fasse. On apprécie. On est une
123 équipe soudée. On parle facilement des choses. C'est la cadre qui a instauré ça. Moi j'ai
124 toujours connu comme ça.

125 **Enquêteur** : D'accord, parfait. Et est-ce que ça vous arrive d'y repenser, de repenser aux
126 situations difficiles justement après ?

127 **IDE 4** : Oh ba oui. Après je suis en couple avec un IADE donc pour moi c'est plus facile quand
128 je rentre à la maison je peux en parler avec lui. Ça me soulage du coup. Il m'écoute et il me
129 conseille.

130 **Enquêteur** : Et au-delà du stress que ça engendre est ce que vous réfléchissez à la prise en
131 charge pendant et après l'arrêt ?

132 **IDE 4** : Pendant non je ne réfléchis pas trop mais après oui on se dit toujours j'aurai pu faire
133 ci j'aurai pu faire ça c'est vrai que des fois moi ça m'arrive et même pas que pour les arrêts
134 cardiaques pour d'autres choses aussi moi je me mets en question je me dis qu'on aurait
135 peut-être dû faire autrement on aurait pu être plus efficace sur certaines choses.

136 **Enquêteur** : Et ça c'est une réflexion personnelle ou vous faites ça en équipe ?

137 **IDE 4** : Non c'est personnel. Enfin si en fait avec les débriefings avec notre cadre c'est ce
138 qu'on fait. Après ça dépend quand on le fait. Quand c'est après coup ça va on se souvient
139 bien de ce qu'on a fait mais quand c'est longtemps après c'est plus difficile je trouve. Quand
140 on peut on les fait dans la journée des fois dans la semaine mais des fois c'est compliqué avec
141 la charge de travail. Des fois elle nous revoit en individuel du coup. Pour voir si ça a été.
142 Surtout quand la prise en charge a été difficile qu'elle a été lourde. Elle nous revoit.

143 **Enquêteur** : Est-ce que face à un arrêt quand vous avez des difficultés, vous allez chercher
144 les informations, est-ce que vous réactualisez vos connaissances ?

145 **IDE 4** : Oui après c'est vrai qu'on sait pas tout et puis même l'adrénaline on manipule des
146 médicaments qu'on a pas l'habitude surtout les dosages ça nous parle pas on les utilise
147 jamais. Moi on va me dire de le faire je vais le faire mais sur le coup je vais le faire bêtement

148 donc après j'aime bien aller rechercher ou demander au SMUR pour comprendre la
149 prescription.

150 **Enquêteur** : Donc le fait de réfléchir comme ça, ça a modifié vos pratiques ?

151 **IDE 4** : Ba oui. Après c'est de la médecine c'est pas non plus de la réa donc on en voit pas
152 suffisamment mais ça aide quand même pour le prochain. Je veux dire quand on a fait des
153 erreurs ou quand on a oublié des choses on s'en souvient. Ça marque du coup ba la fois
154 d'après on fait pas au moins ces erreurs-là.

155 **Enquêteur** : Selon vous l'IADE a-t-il un rôle auprès de vous pendant la réanimation
156 cardiaque ?

157 **IDE 4** : Ba oui je pense car les connaissances sont déjà pas les mêmes ! (silence)

158 **Enquêteur** : D'accord et qu'est-ce que vous attendez de l'équipe de SMUR et de l'IADE
159 notamment ?

160 **IDE 4** : J'attends déjà qu'ils prennent en charge le patient car moi je sais pas faire. Moi je me
161 sens soulagée. Personnellement quand le SMUR est là ca y est je souffle. Je sais que ca va
162 aller. Voilà avec eux je sais qu'il va être bien pris en charge.

163 **Enquêteur** : Est-ce que l'IADE ou l'équipe de SMUR partagent avec vous leur expérience,
164 leurs connaissances ?

165 **IDE 4** : Non ils sont toujours très sympas certains plus que d'autres bien sur mais non je dirai
166 qu'on a pas la temps en fait. Après des fois après ils restent discuter un peu. Ca dépend. Des
167 fois l'IADE reste un peu le temps qu'on range pour discuter avec nous. Certains médecins
168 aussi vont souvent revoir les internes mais bon c'est vrai qu'après notre journée continue donc
169 euh ça met très souvent en retard un arrêt.

170 **Enquêteur** : D'accord. Sinon d'une manière générale à votre avis comment est-ce que nous
171 pourrions améliorer la prise en charge des arrêts cardiaques en service ? Par quels outils ?

172 **IDE 4** : Il faudrait déjà que tout le monde ait sa formation. Y a certaines personnes qui en n'ont
173 jamais eu. Les AS de notre service elles n'ont jamais eu de remise à niveau depuis 20 ans je
174 dirais. Alors que c'est elles qui sont auprès du patient. Au moins pour des petites choses PLS.
175 Enfin moi j'ai vu des drôles de choses. Et puis le manque de personnels aussi. C'est dur après
176 quand il y a personne on peut pas sauver les gens dans ces conditions. C'est pas possible de
177 prendre en charge un patient en arrêt tout seul. Non mais c'est vrai c'est la réalité et ça sera
178 de pire en pire.

179 **Enquêteur** : Vous m'avez parlé de débriefing avec la cadre, vous pensez que ça améliore les
180 choses d'en discuter ?

181 **IDE 4** : Oh oui. C'est bien d'échanger en équipe. On se fait confiance les uns les autres. On
182 sait comme ça qui sait faire quoi. Je pense que ça soude une équipe. Travailler avec une
183 équipe de confiance ça aide beaucoup au niveau de la prise en charge des arrêts cardiaques.
184 On travaille pas tout le temps avec les mêmes collègues mais on sait a peu près comment on

185 travaille. Après quand on a que des remplaçantes elles savent pas où se trouve le chariot de
186 réa on cherche on cherche personne ne trouve nous on est en train de faire autre chose donc
187 c'est vrai que de se connaître ça aide. (silence) Après nous on a la chance d'avoir un médecin,
188 notre chef de service qui a fait de l'urgence pendant des années. Donc il intube les patients
189 en service quand il est là. Ça facilite la prise en charge pour nous et pour le SMUR du coup.
190 Ah et aussi par contre j'aurai bien aimé avoir des formations sur les médicaments du chariot.
191 Le matériel peut être pas car si on e dit passes moi la canule je sais mais voilà ce que je te
192 disais comme l'adrénaline je l'utilise jamais donc ça serait bien d'avoir des formations sur les
193 médicaments.

194 **Enquêteur** : D'accord et vous pensez que l'IADE du coup il peut répondre à ce besoin de
195 formation ?

196 **IDE 4** : Oui c'est lui qui doit nous les faire ces formations. Je pense que les IADE ils sont plus
197 habilités ... pour ma part je sais les connaissances que vous avez donc je me dis que ce serait
198 plus ... ne serait-ce que pour les médicaments ... plus ... vous êtes plus habilités de faire les
199 cours à nous que l'infirmier du SMUR qui finalement apprend sur le tas qui n'a pas de formation
200 plus spécifique que moi.

201 **Enquêteur** : Juste une dernière question, vous m'avez dit que vous appreniez surtout sur le
202 tas pour la formation à l'arrêt cardiaque, pouvez-vous m'en dire plus ?

203 Je pense qu'au niveau de mon organisation plus j'ai fait des arrêts et plus je savais quoi faire.
204 Bon j'en ai pas fait non plus tous les jours mais j'ai déjà une expérience donc j'arrive quand
205 même à distribuer les tâches à chacun. Il faut quand même un leader qui lui enfin ça dépend
206 la place que j'ai dans l'arrêt cardiaque si y a le médecin c'est lui qui gère mais je pense qu'avec
207 l'expérience après d'une situation à une autre c'est différent mais j'arrive à orienter mes
208 collègues grâce à mon expérience.

209 (fin de l'enregistrement).

Transcription entretien IDE 5 : 17 min et 22 sec - 9 mai 2018.

Femme, IDE en service de médecine d'un centre hospitalier.

(Début de l'enregistrement).

Enquêteur : Quel âge avez-vous ?

IDE 5 : 34 ans.

Enquêteur : D'accord. Depuis quand êtes-vous diplômés infirmière ?

IDE 5 : Depuis 14 ans.

Enquêteur : Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

IDE 5 : Ba pareil.

Enquêteur : D'accord, est-ce que vous avez des activités en lien avec le secourisme en dehors de votre profession d'infirmière ?

IDE 5 : Non non.

Enquêteur : D'accord. **Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire ?**

IDE 5 : Donc j'ai l'AFGSU. Je ne l'ai pas repassé depuis. Et puis nous on fait des journées de mise en situation. Ca peut être sur différentes urgences mais l'arrêt cardiaque il en fait partie. On fait des mises en situations pratiques avec tous ceux du service y a quelqu'un du SMUR qui monte et puis un cardiologue. Et puis ba on met en pratique on fait l'arrêt et puis après on débrief sur ce qui a été et n'a pas été. Sur ce qui aurait fallu faire.

Enquêteur : C'est quelque chose qui est propre à votre service ou ça se fait dans tous les services ?

IDE 5 : Alors pour l'instant c'est propre au service car c'est suite à un arrêt cardiaque chez une personne qui était jeune y a eu toute une histoire du coup d'EPP et tout et ils ont dû mettre des actions en place derrière et ça fait partie des actions qui ont été mis en place. Donc c'est propre au service.

Enquêteur : D'accord c'est intéressant. Est-ce que vous pensez que votre formation actuelle elle est suffisante pour prendre en charge les arrêts ?

IDE 5 : Ma formation actuelle non c'est plus mon ancienneté. C'est plus mon expérience qui m'aide que ce que j'ai appris à l'AFGSU. C'est quand on en a fait plusieurs qu'on arrive à gérer je vais pas dire correctement mais au mieux. Et puis maintenant on a un médecin de garde qui est là 24h/24. Il faudrait refaire une formation tous les ans ... pratiquer régulièrement.

Enquêteur : D'accord, combien d'arrêts cardiaques environ vous avez rencontré au cours de votre pratique ?

IDE 5 : Beaucoup. (silence)

Enquêteur : Combien environ moins de 10 ou plus de 10 ?

IDE 5 : J'en ai plusieurs tous les ans. Largement plus qu'une dizaine.

Enquêteur : Et à quand remonte le dernier arrêt cardiaque que vous avez pris en charge ?

IDE 5 : Je me demande si ce n'était pas l'été dernier. (Réfléchi). Oui c'est ça c'était pendant mes nuits. Donc oui c'était sur mes dernières nuits l'été dernier. J'ai eu d'autres urgences mais un vrai arrêt cardiaque oui c'était pendant mes nuits.

Enquêteur : D'accord et comment fonctionne la procédure en fait de votre hôpital en cas d'arrêt cardiaque dans le service ?

IDE 5 : Alors en fait on arrive on découvre l'arrêt on déclenche un SMUR avec un numéro exprès. Donc on attend le SMUR directement et puis ba souvent on fonctionne en binôme la journée il y a une autre infirmière pour la journée parce que la nuit on est toute seule avec une aide-soignante. Donc on va chercher le chariot de réa on commence à masser et ventiler à deux en attendant que le SMUR arrive.

Enquêteur : Et le SMUR du coup il y a qui compose l'équipe ?

IDE 5 : Dans le SMUR y a le brancardier enfin je sais pas si il s'appelle comme ça. Il vient avec le chariot de réa. Y a l'IADE du SMUR et le médecin des urgences. Ils sont trois.

Enquêteur : D'accord. Maintenant est-ce que vous pouvez me décrire la prise en charge d'un arrêt cardiaque que vous avez vécu dans votre service ?

IDE 5 : Alors nous en général donc euh on arrive dans la chambre on constate l'arrêt cardiaque on scope en fonction s'il est perfusé ou non on met une voie d'abord. Euh en attendant l'aide-soignante elle commence soit à masser si on a besoin de reperfusion sinon elle ventile en même temps que nous on masse. Euh ... humm puis on va chercher le chariot de réa entre temps aussi. Et donc on commence à préparer une seringue d'adré. Dès qu'ils vont arriver souvent c'est qu'on utilise euh qu'est-ce qu'on fait d'autre après ? ... ba après souvent c'est le SMUR qui prend le relais. Et derrière nous soit on prépare les drogues qu'ils nous demandent pendant que l'IADE lui il intube. Et puis on fait le relais du massage cardiaque pour soulager la personne qui masse. Après est ce que j'ai déjà eu des arrêts marquants ? (réfléchi).

Ah ba si j'ai déjà eu des soucis ... soit des médecins internes qui ne savaient pas et qui nous demandaient ce qu'il fallait qu'il fasse. Genre y en a un qui me dit tu crois qu'il faut qu'on appelle le SMUR ? Je suis censée pouvoir compter sur eux. Donc c'est déjà arrivé que ce soit nous qui l'aidons à prendre les décisions. Ou alors aussi le chariot de réa mal rempoté. Donc il te manque du matériel donc tu perds du temps à courir après le matériel. Un jour on a eu deux arrêts cardiaques dans la même journée on avait qu'un ambu du coup ba on a pu ventiler qu'un des deux patients jusqu'à ce que le SMUR arrive avec son chariot. Bon maintenant du coup on en a deux. En plus notre chariot de réa il est pour les deux services. Nous et les soins intensifs. Donc tu peux très bien avoir un arrêt en face et un chez nous. Et c'est arrivé une fois on a dû aller chercher un chariot dans les étages du dessus. Donc tu perds vachement de temps.

Enquêteur : C'est vrai que c'est quand même pas de chance. Sinon pour vous quelles sont les qualités nécessaires pour bien réagir face à un arrêt cardiaque ?

IDE 5 : Du sang froid. Il ne faut pas de panique sinon ça n'arrangera rien. C'est comme ça qu'après c'est le bazar. Il faut garder son calme. Et puis oui aussi là par rapport à ce qu'ils ont mis en place aussi il faut s'entraîner sur des cas réels. Ça permet à ceux qui en ont jamais fait de mettre en ordre leurs idées finalement quand ça t'arrive avec le stress tout est chamboulé. Donc ça permet de mettre en ordre les étapes qu'on nous appris à l'école ou à l'AFGSU. Réussir à ordonner tout ça quoi. Et puis ça permet de ne pas paniquer.

Enquêteur : Vous m'avez dit que l'aide-soignante elle massait qu'une personne allait chercher le chariot comment vous décidez qui fait quoi ?

IDE 5 : Euh alors je vais être honnête les arrêts que j'ai eu c'était souvent la nuit et la nuit j'ai le même binôme on a déjà fait plusieurs arrêts ensemble donc on n'a même pas besoin de se parler les choses elles sont calées on sait qui fait quoi. Mais en général les AS elles commencent à masser parce que nous on a d'autres choses à faire comme perfuser préparer l'adré. Ça elles peuvent pas le faire. Et puis après on s'aide pour le massage.

Enquêteur : Vous m'avez dit que vous avez rencontré des arrêts cardiaques difficiles, comment vous le vivez pendant et après l'arrêt ?

IDE 5 : Pendant l'arrêt personnellement moi je coupe tout. J'ai pas forcément de réflexion je sais ce qu'il y a faire je veux pas dire qu'on est une machine mais presque. Et après sur le coup oui c'est stressant. Mais après y a pas mal de dialogue pas tout le temps avec l'équipe du SMUR car souvent on les revoit plus ça dépend s'ils ont le temps. Si le patient s'en sort ça va parfois il va en réa donc ça dépend de ça aussi. Mais après les personnes avec qui on a pratiqué ou on a déjà fait une réa on ba tient ça on n'y a pas pensé on aurait dû faire comme ça. On a quand même la possibilité de pouvoir s'exprimer. Donc je pense que c'est ça qui nous aide pas mal aussi.

Enquêteur : Et ça vous auriez aimé en discuter avec l'équipe de SMUR ?

IDE 5 : Oui ça serait un plus. Après le fait déjà d'en discuter avec nos collègues euh pour moi personnellement ça va. Nous on connaît les patients on a un vécu avec eux donc on en parle facilement entre nous. Après le SMUR on peut plus parler de ce qui a été ou non que de parler de nos émotions. Ça on le fait entre nous car on se fait confiance on connaît les patients. On est plus dans l'émotion voilà que l'équipe SMUR qui voilà est plus technique elle arrive elle fait son boulot. Donc quand c'est plus pour de l'affect je discute avec ma collègue. En plus on a des patients chroniques qui reviennent souvent donc quand ils font un arrêt ça nous touche beaucoup plus. Après ça arrive que ça se passe mal par exemple des fois faut pousser un coup de gueule quand ça va pas. Par exemple si la collègue elle a pas vérifié le chariot correctement voilà. Ou alors des décisions qui tardent on masse super longtemps et personne ne prend la décision d'arrêter. Des choses comme ça.

Enquêteur : Selon vous l'IADE du SMUR a-t-il un rôle auprès de vous, si oui lequel ?

IDE 5 : Ah ba oui de toute façon lui il fait des choses qu'on ne peut pas faire. Euh genre l'intubation. Même des fois y a des gens qu'on arrive pas à reperfuser ils ont plus de compétences que nous donc oui. Il a beaucoup plus de qualités et de compétences que nous on a. Il a fait les études pour. Donc oui heureusement qu'il est là. Finalement je vais tourner la question dans l'autre sens nous on est plus là pour le soutenir pour lui apporter notre aide si ... il a besoin. On lui prépare des choses s'il est occupé à intuber. Voilà on l'aide à faire ce qu'il peut pas faire sur le moment on essaie de l'avancer un peu comme on peut. Mais oui il a tout à fait sa place.

Enquêteur : D'accord et est ce qu'il partage avec vous ses expériences, ses connaissances ?

IDE 5 : ça dépend de l'IADE. Y en a avec qui on a très peu de conversation. C'est vrai que s'il y avait un peu plus d'échange ça serait bien. Après nous on connaît les patients pas eux donc ils arrivent ils font ce qu'ils ont à faire et ils repartent. Je ne sais pas comment ils le vivent de leur côté ça serait intéressant de les interroger aussi. De voir eux quand ils montent faire une réa comment ils le vivent.

Enquêteur : D'accord. Sinon d'une manière générale à votre avis comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge des arrêts cardiaques en service ? Est-ce que vous avez des idées d'outils ?

IDE 5 : Je pense que la formation comme ce qu'on fait nous la simulation ça peut dédramatiser certaines situations et puis euh connaître son chariot d'urgence car quand tu t'entraînes au moins tu vois ce qu'il manque et tu n'as plus besoin de chercher après au moins il est opérationnel comme ça. Euh ... après tellement de cas différent tu dois t'adapter à chaque situation donc c'est compliqué de tout prévoir à chaque fois mais voilà je pense que les mises en situations pour le coup c'est quand même une bonne idée.

Enquêteur : Vous trouvez que ça a amélioré vos pratiques ?

IDE 5 : Moi perso euh oui du moins ça rafraichit la mémoire. Ça entretient ce que je sais déjà. Par contre pour celles qui n'ont jamais eu d'arrêt celles qui viennent d'arriver euh il y a de très bons retours. Après les situations d'urgence qu'on fait c'est pas que les arrêts. Donc moi j'avais pas forcément encore eu des détresses respiratoires du coup pour le coup ça m'a été bénéfique aussi.

Enquêteur : Ca vous aide vous en terme de connaissances et de pratique, est-ce que ça vous aide aussi en tant qu'équipe ?

IDE 5 : Oui parce que ça permet à chacun de trouver sa place. Oui oui si si au niveau échanges, techniques et au niveau ... euh chacun trouve sa place ça aide. Puisque des fois chez les AS c'est pas forcément de leur domaine donc elles savent pas trop où se mettre et du coup là elles savent ce qu'elles peuvent faire elles trouvent aussi leur place à leur niveau dans l'équipe. Et puis aussi ça nous apprend à travailler ensemble par exemple des fois être à 5 dans une chambre

ba finalement ça sert à rien donc voilà tu t'en vas. On apprend aussi à nous mettre à l'écart quand il faut.

Enquêteur : Vous pouvez me décrire comment se passe les mises en situation ?

IDE 5 : Oui alors ... euh c'est la cadre qui a mis ça en place. Après à quelle fréquence je peux pas te dire je sais pas. En fait elle va dire ba tiens telle journée euh je vais mettre le plus de personnes possible sur cette journée-là ceux qui sont du matin ils restent en plus et on va faire 3 simulations dans la journée. Donc on le fait dans le service. Donc c'est un personnel qui fait le cobaye. Et on passe par équipe de deux. Comme ça chacun trouve sa place. Chacun passe sur différents cas. Soit elle fait ça avec le médecin soit elle fait ça avec les deux infirmières qui sont référentes du chariot de réa. Donc voilà elles proposent deux ou trois simulations que les autres ne connaissent pas bien sûr. Donc les deux personnes qui passent arrivent et découvre le patient et voilà ils font l'exercice.

Enquêteur : D'accord, du coup ça se fait dans la chambre d'un patient ? Ça se fait dans quel local ?

IDE 5 : Oui on fait en sorte d'avoir une chambre de libre. Ça nous est arrivé aussi de le faire dans une salle de bain aussi. Vraiment pour être en situation réelle. Faut imaginer un arrêt cardiaque dans une douche c'est pas facile. Il y a pas de place.

Enquêteur : Vous me dites que c'est un soignant qui joue le patient, comment font-ils pour simuler un arrêt cardiaque ? Vous prenez un mannequin du coup ?

IDE 5 : Non on le dit. On ne va pas masser bien sûr mais on dit là je vais masser et on simule le massage. En fait on met un électro plat par exemple et on nous dit voilà le patient ne respire plus il n'a pas de pouls qu'est-ce que vous faites ? Donc tu fais.

Enquêteur : Vous arrivez quand même à trouver ça réel, à vous projeter ?

IDE 5 : Parfois ça fait sourire selon les situations mais euh c'est sûr que par rapport à une vraie urgence tu n'es pas à fond dedans tu n'as pas autant de stress mais en tout cas pour pratiquer ton chariot pour pratiquer ton rôle en équipe là pour le coup c'est efficace.

(fin de l'enregistrement).

ANNEXE XIV

L'analyse à plat des entretiens

Annexe XIV : L'analyse à plat des entretiens

Questions	IADE				
	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
Question 1 : Quel âge avez-vous ?	Homme CHU 50 ans	Femme CH 58 ans	Femme CH 31 ans	Femme CH 56 ans	Femme CHU 55 ans
Question 2 : Depuis quand êtes-vous diplômés ? Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ? Avez-vous travaillé dans d'autres services auparavant ? Si oui, lesquels ? Avez-vous des activités en lien avec le secourisme en dehors de votre profession d'IADE ? Si oui, lesquelles ?	IDE depuis 1991 IADE depuis 1997 En SMUR-réanimation depuis 1991 = 27 ans d'expérience 3 mois en service de gastro-entérologie Pas d'activité de secourisme.	IDE depuis 1983 IADE depuis 1993 Au SMUR depuis 30 ans. Temps complet 100% + renfort aux urgences + expérience IDE en réanimation polyvalente et urgence. Formatrice au CESU	IDE depuis 2007 IDE depuis 2016 Au SMUR et au bloc opératoire. Activité bloc > SMUR IDE en réanimation, soins intensifs, cardiologie et aux urgences. Sapeur-pompier volontaire	IDE depuis 1985 IADE depuis 1998 Au bloc opératoire et au SMUR Activité bloc > SMUR IDE : infirmière de bloc opératoire Pas d'activité de secourisme.	IDE depuis 1984 IADE depuis 1992 En réanimation depuis 34 ans. Temps complet. Pas d'activité de secourisme.
Question 3 : Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) ? Pensez-vous que votre formation actuelle est suffisante ? Et en quoi est-elle ou n'est-elle pas suffisante ?	Ecole d'IDE : Pas AFGSU : « Non on n'avait pas l'AFGSU », I39 « ça s'appelait peut-être le secourisme à l'école » I41. Formation institutionnelle : «[...] la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire chez le nouveau-né » I57	Ecole IDE : Pas AFGSU mais « Je suis formatrice vacataire au CESU centre d'enseignement des soins » I 24 « formation pour être enseignante » I30 au CESU. « je forme à l'attestation de formation en gestes et soins d'urgence » I25	Ecole IDE : Pas AFGSU « Je ne suis pas titulaire de l'AFGSU » I28 « pas prioritaire » I29 « quelques apports à l'école d'infirmière » I32 « la formation pompier puisque je suis titulaire du CFAPSE 1 et du CFAPSE 2 » I25-26	Ecole IDE : Pas AFGSU Formation institutionnelle : « un cours sur l'électrocardiogramme » I 24-25 « des petits rappels en réa pédiatrie » I27 « J'avais eu une formation [...] c'était obligatoire [...] avec le DSA » I27-28	Ecole IDE : Pas AFGSU « Non. Je l'ai réclamé » « (refusé car) j'ai fait l'école d'IADE » I25 « Je ne suis pas prioritaire » I25 Formation institutionnelle : « depuis (école d'IADE) zéro formation » I22 Par école d'IADE :

	<p>« J'ai fait une formation [...] sur la prise en charge pédiatrique » 157-58 Par école d'IADE : « des meilleures connaissances au niveau pharmaco, les gestes techniques sur les voies d'abord, sur la ventilation, sur l'intubation ... puis sur la prise en charge globale du patient » 146-47 Par l'expérience, sur le terrain : « [...] j'ai suivi le mouvement », 128. « [...] c'est plus de l'apprentissage sur le terrain qu'à l'école » 144 Apprentissage individuel : « [...] j'ai appris moi-même dans les bouquins [...] », 129 « j'ai vraiment appris moi-même » 143 « on est même dans l'obligation de se former » 168 ; 69 Apprentissage collectif : « C'est nous qui cherchons les informations et qui prenons contact avec les réanimateurs. C'est par le dialogue en fait. », 159-60 Lié double activité :</p>	<p>Formation institutionnelle : « on a acquis une planche à masser donc on a eu une formation dessus » 136-37. Par école d'IADE : « le fait d'avoir fait l'école d'IADE ça m'a mis à l'aise » 1214 « j'ai acquis plus de savoirs et de pratique au niveau de l'intubation, de dextérité » 1216 « ça m'a apporté aussi de comprendre pourquoi. Pourquoi on fait telle et telle chose » 1219 Par l'expérience, le terrain : « De tout temps en fait » 131 « c'est surtout l'expérience » 133 « on est formé tous les jours en fait en pratiquant » 138-39 Apprentissage individuel : « j'allais beaucoup aux congrès de la SFUM, de la SFAR, à Paris euh. J'essayais de me tenir informer » 134-35 « je suis obligée de faire l'effort d'aller chercher ça. » 151-52</p>	<p>« recyclage annuellement pour l'arrêt cardiaque chez les pompiers » 127 « On se recycle avec les normes de secourisme pas les normes infirmiers » 138-39 Formation institutionnelle : aucune Par école d'IADE : « j'ai été formé à l'école d'IADE » 131 « c'est vraiment une formation complète. » 145 « elle est suffisante » 145 Par l'expérience, le terrain : « J'en fais assez souvent » 148 Forme de formation : « On pratique aussi bien individuellement qu'en équipe mais voilà au niveau secourisme » 137-38. Besoin en formation : « se remettre au goût du jour sur les nouvelles pratiques » 146 « se renouveler » 149 « se remettre au goût du jour sur les nouveaux protocoles » 149-50</p>	<p>Par école d'IADE : « j'ai surtout été formée à l'école d'IADE. » 124 Par l'expérience, le terrain : « on apprend surtout avec le temps ... euh avec l'expérience quoi. » 129-30 Apprentissage collectif : « c'est en discutant » 130 Besoin en formation : « (suffisante) J'ose espérer » 133 « il faut aussi se remettre au goût du jour » 134</p>	<p>« principalement les cours d'infirmière anesthésiste que j'ai eu à l'école » 121-22 Par l'expérience, le terrain : « principalement sur le tas c'est à dire par l'expérience » 121. « sur le tas c'est vraiment en étant confronté à des arrêts cardiaques dans les services » 128-29 Apprentissage individuel : « je regarde aussi ce que font les internes » 130 « je demande, je pose des questions » 130-31 Apprentissage collectif : « on a eu des cours (dans le service) » 128. Besoin en formation : « (formation suffisante ?) Pas du tout » 133 « manque des réactualisations sur les médicaments » 135 « être tenue au courant des changements, des nouveaux protocoles, des gestes à faire. » 140</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>« ce qui m'a appris beaucoup c'est la prise en charge réanimatoire » « quand on fait que du SMUR on a une vision euh très limitée de la prise en charge des patients » « urgentistes et les réanimateurs n'ont pas du tout la même prise en charge et la même vision » 48-51 Besoin de formation : « il faut faire des formations institutionnelles » 63 « des remises à niveau régulière au niveau du service » 65 Forme de formation : « sous forme de comment euh des salles de simulations » 66 : « c'est une façon de se remettre en cause et peut-être on n'a pas forcément toujours des bonnes habitudes qui peuvent se changer » 67-68</p>	<p>Apprentissage collectif : « on a des infos sur les nouveaux protocoles par les médecins » 37-38 Besoin en formation : « insuffisante sur tout ce qui est protocoles, nouvelles recommandations » 44 « c'est à nous d'aller rechercher les informations » 45.</p>			
<p>Question 4 : A quelle fréquence intervenez-vous dans la CSIH et notamment dans la prise en charge de l'ACR ? A quand remonte la dernière situation d'ACR que</p>	<p>Fréquence : « régulièrement » 80 Dernier ACR : « un mois un mois et demi » 78</p>	<p>Fréquence : « Au moins une réanimation intrahospitalière par jour » 59-60 Dernier ACR : « aujourd'hui » 63</p>	<p>Fréquence : « très fréquemment » 56 « c'est des vagues » 56 Dernier ACR : « un mois environ » 84</p>	<p>Fréquence : « tous les jours en intra hospitalier » 44 « les jours se suivent mais ne se ressemblent pas » 39 Dernier ACR : « le mois dernier » 47</p>	<p>Fréquence : « C'est vraiment aléatoire » 48 « une quinzaine par mois » 52 Dernier ACR : « le 22 février » 55-56</p>

vous avez pris en charge ?					
Question 5 : Comment fonctionne la CSIH ? Qui compose l'équipe ?	<p>Equipe : 2 équipes qui se partagent l'hôpital en deux : <u>Equipe de SMUR</u> (3 personnes) : 1 urgentiste, 1 IADE ou 1 IDE et 1 ambulancier <u>Equipe de réa</u> (2 personnes) : 1 interne de réa ou le MAR + 1 IADE ou 1 IDE. Numéro unique : régulation SAMU Chariot : Sac d'urgence</p>	<p>Equipe : <u>1 équipe SMUR :</u> 1 Urgentiste 1 IADE ou 1 IDE 1 Ambulancier Numéro unique : 15 même extra et intrahospitalier Chariot : Sac d'urgence</p>	<p>Equipe : <u>1 équipe SMUR :</u> 1 médecin urgentiste + 1 IADE (toujours 1 IADE) + 1 ambulancier. SB : IADE de bloc, deuxième urgentiste Numéro : numéro unique qui arrive sur téléphone rouge aux urgences puis équipe bipée. Chariot : 1 chariot d'urgence intrahospitalier.</p>	<p>Equipe : 1 équipe SMUR : 1 médecin urgentiste + 1 IADE ou 1 IDE + 1 ambulancier Numéro : numéro unique : 15 (même intra et extra hospit) Chariot : Chariot urgence intrahospitalier</p>	<p>Equipe : 2 équipes qui se partagent l'hôpital en deux : <u>Equipe de SMUR</u> (3 personnes) : 1 urgentiste, 1 IADE ou 1 IDE et 1 ambulancier <u>Equipe de réa</u> (2 personnes) : 1 interne de réa ou le MAR + 1 IADE ou 1 IDE. Numéro : Numéro unique régulation SAMU Chariot : Sac d'urgence</p>
Question 6 : Selon vous, comment s'organise la prise en charge de l'ACIH ? Impliquez-vous les professionnels du service déjà sur place ? En quoi les impliquez-vous ou ne les impliquez pas ? Selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien réagir dans des situations d'urgence ? Quelles qualités liées	<p>Qualités : <u>L'expérience :</u> « l'expérience » I 161 <u>Savoir être :</u> « être extrêmement calme quelle que soit la situation » I 176 Travail en équipe : <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> « Est-ce que c'est un patient qu'on peut gérer tout seul ? » I 125 « il faut que tout le monde travaille » I 130</p>	<p>Qualités : <u>Expérience :</u> « Il faut de l'expérience aussi » I 120 <u>Connaissances</u> (savoir et savoir faire) : « faire le diagnostic » I 118 « avoir le réflexe de masser » I 118 « la voie d'abord » I 119 <u>Savoir être :</u> « d'avoir du calme » I 118 Travail en équipe : Nécessité d'impliquer le</p>	<p>Qualités : <u>Expérience :</u> « on a l'habitude de gérer ce genre d'urgence » I 287 <u>Connaissances</u> (savoirs et savoir-faire) : « une bonne dextérité » I 272 « Une connaissance de la procédure de la prise en charge » I 272 « Reconnaître déjà l'arrêt » I 273 « Mettre à jour ses connaissances » I 274-275 <u>Savoir être :</u></p>	<p>Qualités : <u>Savoir être :</u> « le calme » I 71 « le dialogue » I 74 Travail en équipe : <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> « on n'est pas dans nos locaux donc quand on a besoin de quelque chose on demande » I 82-83 « tous les bras sont utiles » I 86 <u>Répartition des tâches :</u></p>	<p>Qualités : <u>L'expérience :</u> « la qualité indispensable c'est l'expérience » I 125 <u>Connaissances</u> (savoirs et savoir-faire) : « les connaissances théoriques » I 126 Travail en équipe : <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> ACR a 2 impossible : « gérer un arrêt cardiaque seul c'est pas possible » I 131</p>

<p>au savoir-être sont nécessaires ?</p>	<p>« il n'y a pas un bras ou deux bras de trop » I130 « il faut que tout le monde s'y mette » I131 « Plus vite le patient sera conditionné plus vite on aura de chance de le récupérer. En ça c'est un travail en équipe » I131-132 « (implication du service ?) pas tant que ça finalement » I150 « On les impliquait (...) d'avantage avant quand on n'avait pas la planche à masser (...) on faisait participer d'avantage les gens du service pour se relayer » I153-155 « on arrive à travailler à 3 sans avoir franchement besoin d'aide extérieure » I155-156 <u>Répartition des tâches :</u> <u>Dans l'équipe de réa :</u> « on se répartit les choses » I100 à 102 <u>Médecin et IADE :</u> « Pendant que les deux autres gèrent le reste un à la tête et un à la voie d'abord. » I 103-104 <u>Médecin :</u> « l'urgentiste il va gérer (...) savoir quelle est la pathologie du patient les antécédents etc. pour</p>	<p><u>service, de travailler en équipe :</u> « c'est facile si on est en nombre ! C'est sûr que tout seul on est limité. » I299-300 <u>Répartition des tâches :</u> <u>Dans l'équipe de réa :</u> <u>Médecin :</u> « le médecin lui il va s'occuper de ventiler » I 105 <u>IADE :</u> « ça va être de scoper » I102 « parfois oui j'intube » I115 <u>Ambulancier :</u> « l'ambulancier (...) va (...) donner le matériel d'intubation » I106-107 <u>Avec le service :</u> « j'en profite pour les faire pratiquer justement. Qu'elles participent à la réanimation. » I87à89 <u>Définition Equipe :</u> « ça s'organise comme ça à chaque fois » I110 « Chacun sait ce qu'il a à faire » I112 « Si on travaille aussi bien en équipe c'est parce que on est complémentaire. Chacun avec son expérience et puis ba ses connaissances ...</p>	<p>« Avoir une bonne entente » I275-276 « une communication de qualité » I276 « on travaille de manière harmonieuse avec l'équipe » I279 <u>Travail en équipe :</u> <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> « on monte directement sans forcément avoir le médecin sous le coude » I92 « eux savent où se trouve le chariot et donc le matériel(...) je ne sais pas forcément où se trouve le chariot d'urgence des étages. » I95-97 « toute seule c'est compliquer de prendre en charge l'arrêt toute seule » I103 « Le fait de les impliquer ça m'aide moi » I146 « ça les implique également dans la réanimation pour qu'ils apprennent les gestes d'urgence » I 146-147 « ils se sentent moins impuissants » I 149 « pour les gens qui n'ont pas beaucoup de pratique ba ça permet aussi de les former » I149-150</p>	<p><u>Dans l'équipe de réa :</u> « chacun a son rôle » I177 « le massage pour être efficace il faut se relayer donc ba il faut être coordonné. » I178 « tout dépend du trio » I62. <u>Médecin et lade :</u> « ou le médecin ou l'infirmier anesthésiste se met à la tête » I60 « le médecin ou l'IADE prépare ce qu'il faut. Les drogues, la perfusion ... » I61-62 <u>Ambulancier :</u> « le massage est en cours. Souvent l'ambulancier fait le relais » I60-61 <u>Avec le service :</u> « Ils participent au massage cardiaque aussi. » I83 « Ils sont acteurs dans le soin. » I84 « ils ont leur place aussi » I85 « demandeurs » I84 <u>Définition Equipe :</u> « il y a une bonne entente » I65 « on se met d'accord (...) quand on arrive » I65-66 « On dialogue c'est important » I66.</p>	<p>« trop de monde ça ne va pas être facile. Il va falloir virer le monde. S'il n'y a personne ça ne va pas être facile non plus. Parce qu'il va falloir appeler de l'aide. » I196 « j'essaie de leur montrer des choses ba tiens toi tu vas me faire ci toi tu vas me faire ça pour qu'elles m'aident. Parce que à deux un arrêt cardiaque c'est pas possible. Mais aussi pour qu'elles apprennent. » I264-266 <u>Répartition des tâches :</u> <u>Dans l'équipe de réa :</u> <u>Médecin :</u> diagnostic et à la tête (IOT) « pendant que l'interne fait le diagnostic » I91-92 « le médecin qui intube » I94 « je les laisse se mettre à la tête » I143 <u>IADE :</u> matériel, VVP, drogues <u>Relais IOT</u> « je prépare le matériel » I93 « le médecin qui intube ou s'il n'y arrive pas » I94-95 « je vais plutôt gérer le matériel la perf et les drogues » I143 144 <u>Avec le service :</u></p>
--	---	---	---	---	--

	<p><i>pouvoir orienter la réa. » I110-111</i> <u>IADE :</u> <i>« s'il n'y a pas de voie d'abord c'est nous en tant qu'IADE qui sommes dédiés à ça parce que ... on a plus d'expérience et de dextérité que les urgentistes. » L107-108</i> <i>« on peut prendre l'initiative de se mettre à la tête » I109</i> <u>Ambulancier :</u> <i>« c'est l'ambulancier qui gère ça (planche à masser) il la met très rapidement » L103</i> <u>Définition Equipe :</u> <i>« la répartition des fois sans parler celui qui a le matériel il se met là il doit être. » I112-113</i> <i>« Il n'y a pas de concurrence à avoir le principal c'est de gérer le patient » I113-114</i> <i>« l'intérêt c'est de travailler avec des gens avec qui on est bien ». I133-134</i> <i>« Avec des gens avec qui on peut communiquer » I134</i> <i>« on a un seul objectif tout le monde a le même et que ça puisse se faire dans de bonnes</i></p>	<p><i>on se complète » I238-239</i> <i>« dans un service on est entre nous. C'est facile d'échanger. » I262</i></p>	<p><i>« Parfois je suis toute seule quand j'arrive dans les étages (...) Sauf qu'il faut être au moins trois. Donc j'ai besoin de l'aide des professionnels du service. » I253-256</i> <u>Répartition des tâches :</u> <u>Dans l'équipe de réa :</u> <u>Médecin :</u> <i>« Ils vont se mettre au massage » I1134</i> <i>« Le médecin souvent va prendre les renseignements » I129</i> <u>IADE :</u> <i>« je commence à préparer mon matériel d'intubation en fait donc souvent j'intube » I107-108</i> <i>« c'est souvent l'IADE qui se met à la tête c'est rarement le médecin qui intube car on a notre expérience de bloc on le fait plus souvent que lui. » I132-133</i> <u>Ambulancier :</u> <i>« l'ambulancier monte avec le chariot » I89-90</i> <i>« il nous prépare du matériel » I122</i> <u>Répartition dépend si :</u> <i>« ça dépend si on arrive tous en même temps. » I123</i> <i>« y a pas vraiment de règles en fait ça dépend</i></p>	<p><i>« Chacun dit ce qu'il va faire » I66-67_</i> <i>« c'est assez naturel » I63</i> <i>« chacun son rôle » I63</i> <i>« Si on veut rester organisé et travailler correctement ensemble voilà il faut rester calme et ne pas paniquer. Sinon c'est comme ça qu'on fait des erreurs » I72-73</i></p>	<p><i>« (implication) Oui tout le temps » I97</i> <i>« Je leur demande de m'aider parce que toute seule on perd du temps c'est de la perte de temps pour le patient » I97-98</i> <i>« j'implique les infirmières » I98</i> <i>« demandeurs » I105</i> <u>Définition Equipe :</u> <i>« faut être complémentaire avec le médecin ou l'interne » I131-132</i> <i>« on ne discute pas beaucoup chacun à sa place chacun sait ce qu'il a à faire »</i></p>
--	---	--	---	---	---

	<p><i>conditions sans qu'il y ait de mot sans qu'il y ait de tension pour que le travail se fasse de manière efficace ».</i> I134-136 <i>« c'est pas quelque chose qu'on peut faire en 15 jours (...) c'est du travail au long court »</i> L137 <i>« les choses se font finalement naturellement »</i> I143-144 <i>« Des fois on n'a même pas besoin de se parler chacun sait sa place, où les gens se placent. »</i> I 144-145 <i>« on discute très peu (...) quand on est avec des gens avec qui on a l'habitude de travailler des gens qui ont l'habitude de travailler ensemble. »</i> I145 à 147</p>		<p><i>qui va être là à ce moment-là. »</i> I128-129 <i>« ça se fait en concertation »</i> I129-130 <i>« Si on arrive tous ensemble bien sûr là c'est facile on se répartit les tâches »</i> I124 <i>« c'est bien organisé »</i> I111 <u>Avec le service :</u> <i>« je fais participer le service »</i> I102 <i>« le but c'est de travailler en équipe donc souvent on est un peu le chef d'orchestre pour que ça se passe bien que ce ne soit pas le chantier (...)pour que ce soit organisé »</i> I140 à 142 <i>« je leur indique de préparer de l'adré »</i> I105-106 <i>« en leur donnant des consignes claires certes (...) ils peuvent faire »</i> I147-148 <i>« ceux qui manquent d'expérience clairement ils s'effacent »</i>I153 <i>« dans l'ensemble ils sont plutôt demandeurs »</i> I153-154 <u>Définition Equipe :</u> <i>« c'est réussir à faire l'action ensemble dans un but commun »</i> I137</p>		
--	---	--	---	--	--

			<p><i>« Le but c'est de trouver une mission à chacun selon ses cordes pour agir de manière harmonieuse tous ensemble pour réanimer le patient. » I157 à 159</i></p> <p><i>« Pour le cas de l'arrêt il faut travailler en équipe le but c'est que eux détecte l'arrêt qu'ils commencent à prendre des premières mesures » I245-246</i></p> <p><i>« Du coup si on n'a pas de bonnes relations ils ne vont pas vouloir aider. Si je ne suis pas pédagogue ou si je ne prends pas le temps de discuter avec eux ba c'est une perte de temps pour le patient. » I256-258</i></p> <p><i>« si on travaille de manière harmonieuse avec l'équipe le travail va être fluidifié (...) on a besoin de l'autre des fois qui peut nous permettre d'éviter de faire certaines erreurs. » I279-283</i></p> <p><i>« C'est vraiment un échange quoi. Je pense aussi au sein de l'équipe c'est important. Chacun amène sa pierre à l'édifice comme on dit. » I298-299</i></p>		
--	--	--	---	--	--

<p>Question 7 : Avez-vous vécu des ACR difficiles ? Quelles difficultés ? Quelles ressources avez-vous utilisé pour palier à ces difficultés ?</p>	<p>Type de difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCP non commencé par le service (« il y a très peu de choses qui sont faites » I99) - Manque de communication : non-respect des directives anticipées. - La gestion de la famille <p>Pour équipe réa : difficulté intraH < extraH.</p> <p>Réflexivité : « on s'est remis en question aussi car nous aussi on aurait dû certainement poser la question ou regarder nous même le dossier. » I239-240 « il faut toujours se poser des questions après il faut toujours se remettre en question. Je pense que c'est important en tout cas si on veut évoluer dans notre profession » I264-266</p>	<p>Type de difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intubation difficile (ressource = arbre décisionnel) - Configuration des locaux (chambre trop petite, chambre à deux lits donc RCP devant le voisin) - Difficile pour le service quand arrêt de la réanimation - Difficile pour le service de gérer la famille - Ne connaissent pas chariot (mise en place formation chariot depuis) : « elle savait pas où se trouvait le laryngo » (I287 - Trop de monde (« certes il ne faut pas non plus être trop nombreux car après on sait plus qui fait quoi mais voilà faut exploiter tout le monde » I305-306.) 	<p>Type de difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trop de monde (« un grand nombre de personne. Quand il y a trop de personne tout le monde veut faire quelque chose et finalement c'est un petit peu désorganisé. » I163-164 - Le manque de connaissances « le manque de connaissances (...) pas de manœuvres de réa de mise en place » I165-166 - Réanimation alors qu'il ne fallait pas. « réanimer parfois alors qu'on ne devait pas. (...) sauf qu'on ne nous le dit pas quand on arrive et avec l'urgence de la situation on n'a pas toujours le temps de prendre connaissance du dossier. On n'a pas toutes les informations. Dans l'urgence on n'a pas forcément 	<p>Type de difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Prendre la décision d'arrêter » I90 - « la RCP n'est pas commencée » I92 <p>Réflexivité : « on s'aperçoit qu'on aurait peut-être dû faire autrement. (...) On aurait peut-être dû procédé de telle ou telle façon ». I120-121</p>	<p>Type de difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - trop de monde (« Y avait beaucoup de monde et qui ne servait à rien » I158 - RCP pas commencé : « y a eu un retard de prise en charge » I160 - Avec médecin jeune (« tu pars avec un interne de jeune semestre et qui te dit (...) j'en ai jamais d'arrêt cardiaque » I163-164 <p>Ressources : « les professionnels médicaux et paramédicaux étaient formés à l'arrêt cardiaque je pense qu'on aurait beaucoup moins de situations difficiles. » I178</p> <p>Réflexivité : « ça m'arrive de refaire la scène après en me disant qu'est-ce qu'on a fait qu'est-ce qu'on n'a pas fait qu'est ce qui était bien euh sauf que je le fais toute seule ... dans ma tête. » I215-216</p>
--	---	--	--	---	---

		<p>Pour équipe réa : difficulté intraH < extraH. Réflexivité : <i>« on s'est remis en question »</i> I180 <i>« peut-être qu'on n'était pas bien positionné »</i> I184 <i>« on aurait sûrement pu faire autrement »</i> I184 <i>« sur le moment c'est difficile de réfléchir on a exécuté l'algorithme d'intubation »</i> I186-187 <i>« Après (...) en discuter avec le médecin et se remettre en question sur comment on aurait pu faire autrement. »</i> I187-188</p>	<p><i>le temps de communiquer »</i> I168 à 172 Pour équipe réa : difficulté intraH < extraH. Réflexivité : <i>« on pose des questions aux médecins mais ça reste le plus souvent individuel plus que collectif. On continue de se former par nous-même. »</i> I213-214 <i>« On tient forcément compte des expériences du passé pour s'améliorer enfin des expériences passées pour les expériences futures. Pour être plus exactes. Donc oui ça a modifié mes pratiques mais aussi celles de mes collègues. »</i> I218-220</p>		<p><i>« Si c'est un manque de connaissance je revois ça surtout avec les médecins ou les internes. Je vois ce qu'ils font, j'écoute. Je pose des questions. »</i> I222-223 <i>« Je ne réactualise pas forcément que les connaissances mais aussi l'organisation. Voir ce qu'on on peut faire de mieux tous ensemble. »</i> I228-230</p>
<p>Question 8 : Comment vivez-vous l'ACR avant, pendant et après ? Réfléchissez-vous à la prise en charge ? Cela a-t-il modifié vos pratiques ?</p>	<p>Stress dépend des patients et de la situation <i>« tant qu'on n'a pas vu la personne en arrêt on ne sait pas si elle l'est »</i> I248-249 <u>Avant :</u> <i>« Avant. Il ne faut jamais se poser de questions »</i> I248 <u>Pendant :</u> <i>« Pendant la réanimation (...) on a (...) des</i></p>	<p>Stress dépend des patients. <i>« On stresse mais ça dépend (...) personnes âgées donc on a déjà moins de stress que si c'était un jeune »</i> I171-172 <u>Avant :</u> <i>« avant on sait que c'est un arrêt donc ba on y va ... on ne se pose pas tellement de questions. »</i> I169-170</p>	<p>Stress dépend des patients et de la situation <i>« ca dépend comment la situation se prête et l'âge ça peut contribuer. »</i> I190-191 <u>Avant :</u> <i>« une petite montée d'adrénaline »</i> I185 <u>Après :</u> <i>« quand ça va vraiment pas on en parle entre nous. »</i> I192-193</p>	<p>Stress dépend des patients <i>« difficile (...)Encore plus chez les jeunes adultes ou les enfants. »</i> I90-91 <u>Avant :</u> <i>« avant on ne se pose pas vraiment de question on sait ce qu'on a à faire. »</i> I99 <u>Pendant :</u> <i>« Pendant c'est pareil. »</i> I100</p>	<p>Stress dépend des patients et de la situation <i>« une jeune en plus »</i> I154 <i>« un arrêt chez une dame de 30 ans c'est beaucoup plus stressant. »</i> I191 <i>« Ça dépend de la situation. »</i> I189 <i>« Déjà quand on nous annonce l'âge du patient »</i> I189 <u>Avant :</u></p>

	<p><i>schémas décisionnels c'est-à-dire que je sais que ce je vais avoir à faire » I251</i></p> <p><i>« il faut se concentrer sur ce qu'on a à faire » I256</i></p> <p><i>« Y a toujours du stress c'est sûr mais on n'y pense pas vraiment pendant » I256-257</i></p> <p>Après :</p> <p><i>« en post intervention c'est là ou finalement on est amené le plus à réfléchir » I257-258</i></p> <p><i>« C'est bien d'en discuter entre nous. » I259</i></p> <p><i>« il faut se poser la question de la prise en charge après de où on va le diriger » I260</i></p> <p>Débriefing :</p> <p><i>« quand on a l'habitude de travailler depuis longtemps avec les mêmes personnes (...) on est beaucoup moins gêné pour poser les questions (...) c'est essentiel » I269-271</i></p> <p><i>« je discute souvent avec les réanimateurs qu'on a ici si ce qu'on a fait c'était bien si on n'aurait pas pu faire autre chose (...) c'est de la formation continue pour moi ça c'est une sorte de débriefing » I273-274</i></p>	<p><i>« on sait qu'on aura du monde (...)on a des ressources humaines et matérielles » I174-176</i></p> <p>Après :</p> <p><i>« Ouï ouï on y repense » I190</i></p> <p>Débriefing :</p> <p><i>« On discute des situations difficiles. » I198</i></p> <p><i>« pas uniquement sur ce qu'on a fait parce que moi je trouve que dans les équipes je pense qu'on sait travailler ensemble. » I198-199</i></p> <p><i>« On n'a pas de psychologue (...) donc on se fait nos débriefings entre nous » I200-201</i></p> <p><i>« on raconte comment ça s'est passé et déjà rien que ça on évacue » I203-204</i></p> <p><i>« Là où oui ça va améliorer les pratiques c'est plus que quand on a des difficultés d'organisation plus que de techniques pures ba là oui le fait d'y réfléchir en équipe ça améliore nos pratiques. » I209-211</i></p> <p><i>« je pense que ça sert aussi à évacuer les émotions. » I211</i></p>	<p>Débriefing :</p> <p><i>« on en parle en équipe. » I195</i></p> <p><i>« Souvent on demande à l'autre si on a bien fait même si on connaît la procédure pour les arrêts parfois la situation ne permet pas de faire les choses comme on le voudrait. » I197-198</i></p> <p><i>« on peut se poser la question de l'arrêt qu'est-ce qu'on aurait pu améliorer souvent on réfléchit en équipe quand on a un doute on discute avec un collègue et on essaie de se comparer et de se mettre au gout du jour des nouvelles recommandations. » I203-205</i></p> <p><i>« Il n'y a pas de temps formalisé c'est entre nous » I207</i></p> <p><i>« On arrive à se faire un débriefing entre nous soit dans le camion soit en rangeant le matériel. » I209-210</i></p> <p><i>« ça arrive qu'on fasse un débriefing entre nous puisque mais même avec le médecin pour savoir ce qu'on aurait pu améliorer si c'était bien et puis je discute aussi beaucoup</i></p>	<p>Après :</p> <p><i>« Là où c'est vraiment plus difficile c'est après. Donc ba l'idéal c'est le débriefing, le débriefing après » I100-101</i></p> <p>Débriefing :</p> <p><i>« l'idéal c'est le débriefing, le débriefing après » I100-101</i></p> <p><i>« on se le fait soi-même ce n'est pas quelque chose d'officiel après une intervention qui est lourde c'est bien de discuter on en parle entre nous, en équipe. » I103-104</i></p> <p><i>« On essaie au maximum de trouver le temps pour discuter de la situation avec eux. » I107</i></p> <p><i>« oui c'était difficile mais on en a discuté » I116</i></p>	<p><i>« ça peut être stressant car tu ne sais pas sur quoi tu arrives et si le service aura fait les premiers soins. Dans quelle situation on va se retrouver. » I92-194</i></p> <p>Pendant :</p> <p><i>« quand on arrive on voit tout de suite euh si ça va être facile » I195</i></p> <p><i>« Ca peut être stressant effectivement avant euh pendant » I202</i></p> <p>Après :</p> <p><i>« après j'aime bien faire un petit débriefing » I203</i></p> <p>Débriefing :</p> <p><i>« j'aime bien faire un petit débriefing avec l'interne. On fait ça dans l'ascenseur en retournant en réa. » I210-211</i></p> <p><i>« avec les infirmières du service rapidement tu vois ça dure 5 minutes mais de voir avec elle leur dire ba voilà il y'aurait fallu s'organiser comme ça faire comme ça » I225-227</i></p> <p><i>« c'est ma façon à moi de me former et de me réactualiser en fait. » I242</i></p> <p>Remarque évolution chez certains IDE :</p> <p><i>« à chaque fois qu'il y avait un arrêt cardiaque il était là (...) évoluer dans</i></p>
--	--	--	---	---	--

	<p>« on voudrait bien mettre en place (...) une à deux fois par mois (...) reprendre des cas bien particuliers, des interventions difficiles à gérer » I277-279 « c'est une discussion qui va apporter à toi mais aussi aux équipes qui bosseront plus tard qui seront confronter plus tard à ce genre de situations » I288-290 <u>Echange en équipe :</u> « c'est bien aussi quand on a des collègues qui lisent et qui nous rapportent des choses. » I302 Apprendre de l'expérience : « ça m'arrive régulièrement de travailler par rapport à ce que j'ai déjà vécu c'est l'expérience aussi mais tu peux ça aussi le faire au travers de l'expérience des autres » I290-292 Ca modifie les pratiques : « Oui ça modifie les pratiques » I299</p>	<p>« Leur expliquer que ba voilà pourquoi on arrête. Ça c'est très important de discuter de ça avec eux. » I308-309</p>	<p>avec mes collègues IADE. » I222-224 « Je suis retournée dans le service après pour discuter. Pour discuter de l'organisation. Faire une sorte de débriefing sur ce qui n'a pas été, pour voir ce qui est à améliorer et aussi pour les encourager. A chaud. Tout de suite. J'y suis allée tout de suite après en post intervention pour ne pas qu'ils appréhendent. » I179-182</p>		<p>le bon sens (...) mieux il le prenait en charge » I237-239</p>
--	--	---	--	--	---

<p>Question 9 : A votre avis, en quoi consiste le rôle de l'IADE auprès des professionnels de santé du service et de l'équipe de réanimation spécialisée lors de la prise en charge de l'ACIH ?</p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Relais SB :</u> « en cas de difficultés d'intubation de l'urgentiste on se met à la tête » I111-112 <u>Polyvalent, adaptation :</u> « on n'a pas de poste attiré » I117 « On est capable et c'est aussi l'intérêt d'avoir des IADE au SMUR de pouvoir se mettre là où il va y avoir une difficulté » I117 à 121 « on va être là où il y a plus d'intérêt qu'on soit » I121 « des urgentistes (...) ils savent jusqu'où on peut aller, ils savent qu'on ne dépassera pas nos limites ils savent sur quoi ils peuvent compter par rapport à nous » I140à 143 <u>Capacités relationnelles :</u> « L'IADE c'est du personnel paramédical qui est très proche du personnel médical. C'est-à-dire que c'est un lien pour le patient mais aussi c'est un lien d'équipe. » I386-387 « il a les facilités pour parler à l'équipe médicale</p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Relais SB :</u> « j'intube si le médecin n'a pas réussi » I115 « quand j'intube c'est parce que le médecin n'y arrive pas et dans 95% des cas j'y arrive » I217 « On a l'expérience des situations difficiles » I259 « Je ne suis pas décisionnaire mais je peux proposer des choses. » I222-223 <u>Formateur :</u> « j'ai un peu le côté formatrice » I92 « si je vois par exemple qu'ils n'arrivaient pas à ventiler ou ba si on voit que la réanimation n'aboutit pas moi j'essaie de les faire ventiler on essaie de faire masser. Si je vois qu'il y a des étudiantes infirmières ou aides-soignantes on essaie de les faire masser » I93à95 « (partage de connaissances) au niveau des élèves oui » I229</p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Polyvalent, adaptation :</u> « Si on n'a pas de scope ba système D on a forcément des électro dans les étages » I109-110 (adaptabilité IADE) <u>Formateur :</u> « je suis plutôt accès pédagogie » I104-105 « je leur explique aussi comment on fait le massage » I107 « On essaie de faire de la pédagogie on est bien obligé pour que la prochaine fois ça sert de leçon. Ce que je veux dire c'est que ba on s'améliore après ça. » (apprentissage expérientiel) I115 à 117 « C'est vraiment un rôle de formation. Pour ma part. C'est vraiment d'améliorer les pratiques. » I244-245 « S'ils ont des questions ils nous appellent par téléphone des fois pour des questions sur les médicaments ou d'autres choses. Pour tout problème ils appellent l'IADE » I233-235 <u>Capacités relationnelles :</u></p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : « (situation difficile) nous on a l'habitude. » I107 <u>Formateur :</u> « (expérience) elle est partagée dans l'action. » I128 « Certaines disent qu'ils apprennent en nous observant. » I134-135</p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Relais SB :</u> « je sais ce qu'il y a à faire » I134-135 « je prends l'initiative » I136 « Je suis là en relais » I144 « l'infirmière de réa elle ne le fera pas » I145 <u>Formateur :</u> « de la formation. (...) de l'entraînement, (...) ici on a fait du massage cardiaque avec tout le service et même avec notre nouveau brancardier » I245-246 « il faut aller voir les équipes, leur expliquer le matériel euh qu'est-ce qu'il faut faire en attendant, comment elles peuvent nous avancer » I248-249 « j'essaie de faire de la formation ponctuelle, c'est 5 min après l'arrêt. C'est plus de l'information que de la formation mais ça les aide déjà beaucoup. » I255-257 <u>Apprentissage expérientiel :</u> « Je leur fais préparer du matériel, je leur fais préparer l'adré je pense</p>
---	--	--	--	--	--

	<p>et il a la confiance du personnel paramédical. » I394 <i>« qu'on est un des liens importants et ça tu peux le ressentir au bloc aussi. Tu es finalement ce lien entre le personnel de la salle de réveil le médecin et puis tu temporises beaucoup de choses. » I395-397</i> <i>« C'est toi qui est au milieu de tout ça qui gère tout ça » I397</i> <i>« tu es là pour poser les choses temporiser pour faire le relationnel. C'est ton rôle. » I398-399</i> <i>« on fait des gestes techniques que l'infirmière ne fait pas » I403</i> <i>« avec l'expérience avec nos compétences qu'on a acquis pendant nos études d'IADE on a une vision je pense beaucoup plus globale du patient » I403-404</i> <u>Management :</u> <i>« on peut être amené à dire ba non toi tu vas te mettre là toi tu vas te mettre ici et faire ça et toi tu vas répartir donc la charge de travail autour du patient pour que ça</i></p>	<p><i>« si on me pose des questions euh j'essaie d'y répondre. » I231</i> <i>« on peut prendre le temps de leur faire faire les choses. C'est comme ça qu'on apprend le mieux. » I244-245</i> <i>« je trouve qu'il vaut mieux leur faire faire en situation comme ça où c'est réel. » I246</i> <i>« par rapport au mannequin ils ressentent mieux les choses. Un massage cardiaque sur un mannequin et sur un patient c'est différent. » I247-249</i> <u>Capacités relationnelles :</u> <i>« elles me parlent facilement à moi » I253</i> <i>« c'est tout le temps à l'IADE ou l'infirmier ou même l'ambulancier à qui elles parlent. » I254</i> <i>« je leur demande s'ils ont des questions » I256</i></p>	<p><i>« On a des missions transversales donc euh on est assez proche des équipes de service. (...). Ils nous parlent facilement. C'est assez familial » I230-233</i> <i>« ça nous aide à tisser des liens entre les équipes en fait. Ils nous connaissent. Ils nous font confiance » I241</i> <u>Management :</u> <i>« l'IADE est un peu le « chef d'orchestre » du bon déroulement de la prise en charge »</i> <i>« parfois y a un peu trop de monde (...)Donc je suis obligée de réduire le nombre de personne. » I154-155</i> <i>« j'essaie de leur trouver une mission à chacun sans que ce soit Bagdad. Puisqu'il faut que ça reste organisé. » I156-157</i></p>		<p><i>qu'on retient mieux en faisant. » I261-262</i> <i>« y'en a qui en nous observant disent qu'elles apprennent aussi. » I263</i> <u>Ne peuvent pas faire plus car pas le temps :</u> <i>« C'est compliqué de faire plus. On devrait devoir en faire plus mais on ne nous donne pas le temps pour ça » I258-259</i> <u>Capacités relationnelles :</u> <i>« s'ils ont des questions je suis là » I147</i> <u>Management :</u> IADE leur fait faire des soins (c'est à chaque fois l'IADE qui le fait et pas le médecin) : <i>« monter l'aspi » I99</i> <i>« préparer les drogues » I100</i> <i>« perfuser le patient » I101</i> <i>« si là en l'occurrence il y a trop de monde ça ne va pas être facile. Il va falloir virer le monde. S'il n'y a personne ça ne va pas être facile non plus. Parce qu'il va falloir appeler de l'aide. » I196</i></p>
--	--	---	--	--	--

	<p><i>s'organise du mieux possible » I405-406</i> <i>« tu te rends compte que si tu gagnes la confiance du personnel paramédical tu te rends compte que la prise en charge du patient elle est dix fois mieux » I407 à 409</i> <i>« tu es un peu le fusible de l'équipe » I 440</i> <i>« en ayant ce côté peut-être un peu plus manager mais ça fait partie de notre rôle au sein d'une équipe » I409-410</i> <i>« tu peux des fois le conditionné sans le médecin »I416-417</i> <i>« c'est pas toi qui sera décisionnaire mais tu es là pour proposer » 414-415</i> <i>« on devrait d'avantage leur dire ce qui est bien déjà. Car souvent on leur dit ce qui est mal. » I317-318</i> <i>« dire ce qui est bien peut être que ça encouragerai les gens à aller plus loin dans leur démarche et à avoir envie d'apprendre » I321-322</i> <i>« on a une part de responsabilité. »I323</i></p>				
--	--	--	--	--	--

<p>Question 10 : A votre avis, comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge de l'ACIH ? Au travers de quels outils ?</p>	<p>Formation : <u>Simulation en service :</u> « c'est une organisation propre au service » I343 « qu'ils pratiquent des exercices au sein de leur service » I344 « ils peuvent très bien faire appel au CESU ou à nous ... aux équipes de SMUR ». I346 <u>Simulation équipe de réa :</u> « organiser pourquoi pas des matinées à thèmes qu'on puisse faire des simulations » I360 <u>Formation en équipe :</u> « c'est tout le monde qui participe » I352 <u>Débriefing sous forme de cas cliniques :</u> « Ça serait de regrouper toute l'équipe qui était présente pour présenter ce cas-là » I365-366 « il ne faut pas que ce soit un cas médical qui soit présenté mais un cas d'équipe. » I369-370 « Il faut vraiment une prise en charge d'équipe on n'a pas les mêmes objectifs on n'a pas les mêmes compétences et chaque soin au patient sera déterminant donc c'est important que l'ensemble des équipes</p>	<p>Formation : « clairement les formations » I271 « en intrahospitalier (...) où on faisait des formations uniquement sur l'arrêt (...) Ça durait 4h, une matinée. » I274 <u>Suite problème de matériel :</u> « on a mis en place une formation par exemple de 4h sur le chariot de réanimation. » I284</p>	<p>Formation : « Pour améliorer les compétences en équipe ça va être de la formation. » I291 « avec des topos (...) par des professionnels extérieurs » I293 « de la formation personnelle. A titre euh de livres ou d'articles. Les recommandations. » I294</p>	<p>Formation : « il faudrait que l'IADE apporte de la formation aux équipes de service » I138 « on peut faire de la formation dans l'action. » I142 (car pas le temps en dehors)</p>	<p>Formation : « leur apprendre à se servir du DSA. Il y a clairement un manque de formation dans les services. » I185-186</p>
--	---	--	---	---	---

	<p><i>puisse parler de ce cas-là</i> » I372 à 375 <u>Conditions :</u> « <i>pas d'intérêt à essayer de former des gens s'ils n'en ont pas la volonté</i> » I348 « <i>si tu veux avoir des équipes efficaces il faut qu'ils se sentent une équipe. Et la meilleure façon c'est à chaque fois de les réunir autour de quelque chose autour d'un café autour d'un cas autour d'un repas</i> » I379-381</p>				
--	---	--	--	--	--

IDE					
Questions	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
Question 1 : Quel âge avez-vous ?	Femme CHU 26 ans	Femme CHU 30 ans	Femme CH 30 ans	Femme CH 32 ans	Femme CH 34 ans
Question 2 : Depuis quand êtes-vous diplômés ? Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ? Avez-vous	IDE depuis 2013 (5 ans) Service de chirurgie (depuis 3 ans) A fait plusieurs services	IDE depuis 2012 (6 ans) Service de chirurgie. A fait qu'un seul service.	IDE depuis 2009 (9 ans) Service de chirurgie. A fait plusieurs services (urologie,	IDE depuis novembre 2007 (10 ans) Service de médecine (depuis 10 ans)	IDE depuis 14 ans Service de médecine (depuis 14 ans)

<p>travaillé dans d'autres services auparavant ? Si oui, lesquels ? Avez-vous des activités en lien avec le secourisme en dehors de votre profession d'infirmière ? Si oui, lesquelles ?</p>	<p>(SSR, EHPAD) Pas d'activité de secourisme.</p>	<p>Pas d'activité de secourisme.</p>	<p>vasculaire, orthopédie, ophtalmologie, ORL) Pas d'activité de secourisme.</p>	<p>A fait plusieurs services. (Gériatrie, hématologie, gastro-entérologie, médecine interne) Pas d'activité de secourisme.</p>	<p>A fait plusieurs spécialités dans son service. Pas d'activité de secourisme.</p>
<p>Question 3 : Comment êtes-vous formés à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) ? Pensez-vous que votre formation actuelle est suffisante ? Et en quoi est-elle ou n'est-elle pas suffisante ?</p>	<p>A eu AFGSU : « Par l'AFGSU. Que j'ai fait pendant les études. » I21 AFGSU non réactualisée : « je n'ai pas eu d'autre formation depuis l'école » I22 Formation institutionnelle : « je n'ai pas eu d'autre formation depuis l'école » I22 Formation insuffisante. « c'est jamais suffisant » I34 « on devrait la refaire plus souvent. » I38 « Une fois par an c'est un minimum. » I40 Besoin de formation : « Sur un mannequin c'est différent d'une personne ... d'une vraie personne. » I34-35 « revoir tous les gestes » I41 Forme de formation :</p>	<p>A eu AFGSU « On a l'AFGSU 1 et l'AFGSU 2. Je les ai passé à l'école d'infirmière » I19 AFGSU réactualisée au bout de 5 ans et demi : « il y a 6 mois » I21. « ça faisait 3 ans que j'avais demandé la formation d'urgence réanimation » I21-22 « Ce n'est pas du tout l'hôpital ou mes cadres qui me l'ont proposé ou imposé mais c'est moi qui l'ai demandé. Suite à des situations d'urgence. » I25-26 Formation institutionnelle : A refait AFGSU 2. « c'était sur 3 jours. En fait vu que c'était plus valable » I29 Formation insuffisante. « on devrait en avoir plus souvent. Au moins</p>	<p>A eu AFGSU « J'ai l'AFGSU 2. » I20 AFGSU réactualisée au bout de 7 ans : « J'ai eu le recyclage de l'AFGSU. (...) Il y a deux ans. » I26 et 28. Formation institutionnelle : A refait AFGSU 2. « sur trois jours du coup ils m'ont oublié donc j'ai du tout refaire. » I30 « on a refait une formation sur le chariot de réa avec deux trois mises en situation. » I25 « C'était par une IADE du CESU. Elle travaille au SAMU. » I32 Formation insuffisante. « Non il en faudrait plus. Au moins tous les ans. » I37 Besoin de formation : « c'est la pratique qui manque. » I35</p>	<p>A eu AFGSU « l'AFGSU (...) au sein de l'IFSI » I20 et 25 AFGSU réactualisée 1 fois en 10 ans : « l'AFGSU. (...) Je l'ai eu deux fois depuis le début de ma carrière. » I20-21 Par l'expérience, sur le terrain : « on apprend sur le tas » I22 Formation insuffisante. « Non (...) On en fait pas tous les jours (des ACR) » I28 « on n'est jamais assez prêt dans les services » I31 « deux fois en 10 ans c'est pas assez. » I35 « Dans l'idéal tous les ans » I34</p>	<p>A eu AFGSU « j'ai l'AFGSU. » I17 AFGSU réactualisée : « Je ne l'ai pas repassé depuis » I17 Par l'expérience, sur le terrain : « c'est plus mon ancienneté. C'est plus mon expérience qui m'aide que ce que j'ai appris à l'AFGSU. » I30-31 « C'est quand on en a fait plusieurs qu'on arrive à gérer je vais pas dire correctement mais au mieux. » I31-32 Apprentissage collectif : « on fait des journées de mise en situation. Ca peut être sur différentes urgences mais l'arrêt cardiaque il en fait partie. » I17-18 Formation insuffisante. « Ma formation actuelle non (elle n'est pas suffisante) » I30</p>

	<p>« Il faudrait faire ça sur des genres de situations réelles (...) des témoignages de situations réelles (...) ça rendrait plus réelle (...) plutôt qu'un mannequin plutôt que les gestes de base à appliquer. » I44-46</p> <p>« Et pourquoi pas même le faire dans le service » I49</p> <p>« (ça permettrait de) mieux s'organiser. » I57</p>	<p>une petite piqure de rappel par an ça serait bien. » I45-46</p> <p>Forme de formation :</p> <p>« y'avait du maquillage sur le bras d'une personne et elle faisait semblant d'être blessée... d'avoir un accident. Et on devait la prendre en charge à plusieurs. C'était plus réaliste. C'était vraiment bien. » I35-36</p> <p>« c'était avec des gens que je ne connaissais pas. Y'avais des infirmières, des dentistes euh des brancardiers, des ASH, AS... » I40-41</p>			<p>« Il faudrait refaire une formation tous les ans ... pratiquer régulièrement. » I33</p> <p>Besoin de formation :</p> <p>« c'est suite à un arrêt cardiaque chez une personne qui était jeune y a eu toute une histoire du coup d'EPP » I24-25</p> <p>Forme de formation :</p> <p>« On fait des mises en situations pratiques avec tous ceux du service y a quelqu'un du SMUR qui monte et puis un cardiologue. » I18-19</p> <p>« on met en pratique on fait l'arrêt et puis après on débrief sur ce qui a été et n'a pas été. Sur ce qui aurait fallu faire. » I20-21</p> <p>« c'est propre au service. » I27</p>
<p>Question 4 : Combien de situations d'ACR avez-vous rencontré au cours de votre pratique ? A quand remonte la dernière situation d'ACR que vous avez pris en charge ?</p>	<p>Nombre : 2</p> <p>Dernier ACR : En octobre 2016 (1 an et demi)</p>	<p>Nombre : 4</p> <p>Dernier ACR : 6 mois</p>	<p>Nombre : > 10</p> <p>Dernier ACR : En février (2mois)</p>	<p>Nombre : une quinzaine</p> <p>Dernier ACR : 1 an et demi</p>	<p>Nombre : > 10</p> <p>Dernier ACR : L'été dernier (1 an)</p>

<p>Question 5 : Comment fonctionne la CSIH ? Qui compose l'équipe ?</p>	<p>Connait la procédure en cas d'ACIH. RCP commencée Equipe de réa appelée Ont un sac d'urgence Ont DSA VVP Equipe non complètement identifiée <u>Equipe de SAMU</u> (3 personnes) : 1 médecin du SAMU, <u>1 IADE</u> (pas sûr) ou 1 IDE et <u>1 autre personne non identifiée.</u> Numéro unique : Connu Régulation SAMU</p>	<p>Connait la procédure en cas d'ACIH. RCP commencée Equipe de réa appelée Ont un sac d'urgence Ont DSA VVP + appel l'interne de garde du service Equipe non complètement identifiée : <u>Equipe de SAMU</u> (3 personnes) : 1 médecin, 1 IADE ou 1 IDE et <u>1 aide-soignant.</u> Numéro unique : Connu Régulation SAMU</p>	<p>Connait la procédure en cas d'ACIH. RCP commencée Equipe de réa appelée Ont un chariot d'urgence Ont un DSA VVP Equipe identifiée : <u>Equipe de SAMU</u> (3 personnes) : 1 médecin ou interne, 1 IADE ou 1 IDE et 1 ambulancier Numéro unique : Connu Régulation SAMU</p>	<p>Connait en partie la procédure en cas d'ACIH. RCP commencée Equipe de réa appelée Ont un chariot d'urgence Pas de DSA VVP Equipe identifiée : <u>Equipe de SAMU</u> (3 personnes) : 1 médecin, 1 IADE ou 1 IDE et 1 ambulancier Numéro unique : Connu Régulation SAMU</p>	<p>Connait la procédure en cas d'ACIH. RCP commencée Equipe de réa appelée Ont un chariot d'urgence Ont un DSA VVP Equipe non complètement identifiée <u>Equipe de SAMU</u> (3 personnes) : 1 médecin des urgences, 1 IADE et <u>1 brancardier.</u> Numéro unique : Connu Régulation Urgences</p>
<p>Question 6 : Selon vous, comment s'organise la prise en charge de l'ACIH ? Lors des ACR que vous avez rencontrés, avez-vous été impliqués par l'équipe de réanimation spécialisée ? Si oui, qu'est-ce que cela vous a apporté ou pas apporté ? Si non, est-ce que cela vous a manqué ? En quoi cela vous a manqué ou pas manqué ? Selon vous, quelles sont les qualités principales pour bien</p>	<p>Qualités : <u>Savoir être :</u> « le self contrôle » I98 « L'organisation » I98 Travail en équipe : <u>Nécessité d'être impliqué de travailler en équipe :</u> « ils sont déjà une équipe organisée ... pluridisciplinaire » I243 « j'étais toute seule comme infirmière (...) ça rend les choses encore plus compliquées face à ces situations d'urgence » I206-207 « s'ils ont besoin de nous bien sûr on est disponible on reste à leur côté pour</p>	<p>Qualités : <u>L'expérience :</u> « d'avoir fait plusieurs arrêts » I119 <u>Savoir être :</u> « être serein » I118 « pas paniquer sinon on se disperse on sait plus où on en est » I118 « il faut être plusieurs. » I120 Travail en équipe : <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> « il fallait perfuser ventiler masser et intuber en même temps quoi c'était pas facile surtout quand on est</p>	<p>Qualités : <u>Savoir être :</u> « être calme » I89 « pas paniquer sinon on part dans tous les sens » I90 Travail en équipe : <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> « je préfère être impliquée parce que c'est comme ça que tu te formes finalement c'est en faisant ou en observant. » I101-102 <u>Pas toujours impliqué :</u> « Tu as des équipes (...) qui te montrent plein de choses te fait faire plein</p>	<p>Qualités : <u>Savoir être :</u> « gestion du stress » I97 « Garder son sang-froid » I97 « être assez posée » I98 « essayer de réfléchir (...) ne pas faire les choses bêtement » I98-99 « l'organisation c'est le maître mot » I99 Travail en équipe : <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> <u>Pas toujours impliqué :</u> « on s'est écarté » I79 « le médecin du SMUR nous a écarté en fait</p>	<p>Qualités : <u>L'expérience :</u> « il faut s'entraîner sur des cas réels (...) ça permet de mettre en ordre les étapes qu'on nous appris à l'école ou à l'AFGSU » I79-81 <u>Savoir être :</u> « Du sang froid. Il ne faut pas de panique (...) après c'est le bazar. Il faut garder son calme. » I77-78 Travail en équipe : <u>Nécessité d'impliquer le service, de travailler en équipe :</u> <u>Répartition des tâches :</u> <u>Dans le service :</u></p>

<p>réagir dans des situations d'urgence ? Quelles qualités liées au savoir-être sont nécessaires ?</p>	<p><i>leur apporter du matériel par exemple.</i> » I245-246 <u>Répartition des tâches :</u> <u>Dans le service :</u> <u>Médecin :</u> « le chirurgien faisait le massage » I110 <u>Infirmier :</u> « Ma collègue a perfusé la patiente » I93 « j'ai été cherchée euh le défibrillateur » I94 « J'ai amené le sac d'urgence. » I109 « on a appelé les secours » I90 <u>Avec l'équipe de réa :</u> « ils m'ont demandé de préparer euh ... de l'adrénaline » I116 <u>Définition Equipe :</u> « On était plusieurs de l'équipe à être autour (...) y a trop de monde au final (...) tout le monde ne participe pas réellement à la réanimation et du coup c'est compliqué de voir qui fait quoi autour. » I102-104 « on s'est un petit peu écarté et aussi on les a laissé faire pour ne pas les gêner parce qu'il y avait quand même du monde. » I127-128 « qu'on était facilement une dizaine. » I130</p>	<p><i>pas nombreux</i> » I178-179 « on était toute seule donc vraiment c'était une catastrophe » I176 et I183 « quand tu parles à l'infirmier anesthésiste ou l'infirmier il te dit de lui passer une ampoule d'adré. On se sent un peu utile » I222-223 <u>Pas toujours impliqué :</u> « qu'ils connaissent mieux leurs équipes, qu'ils ont plus confiance en leur équipe et donc du coup ils préfèrent que ce soient eux qui prennent le patient en charge donc ils ne veulent pas nous impliquer » I216-218 « parfois je pense que j'attends juste qu'ils prennent le relais » I228 <u>Répartition des tâches :</u> <u>Dans le service :</u> « On a mis déjà la planche tous ensemble » I84 « à tour de rôle on se relayait pour masser. » I88 <u>Médecin :</u> « l'anesth a commencé à vouloir intuber » I87 <u>Infirmier :</u> « j'ai massé » I85</p>	<p><i>de choses et puis tu en as d'autres quand elles arrivent (...)</i> tu t'écartes » I98-99 « on s'écarte assez vite car on a une charge de travail. » I85 <u>Répartition des tâches :</u> « j'ai fait ce qu'il restait à faire. » I76 « l'autre qui ramenait le chariot » I77 « j'ai enlevé la tête du lit et j'ai ventilé. » I77-78 <u>AS :</u> « les aides-soignants ils massent. » I78 <u>Avec l'équipe de réa :</u> « il lui demandait d'aller chercher de la cordarone enfin des choses qu'ils avaient besoin. » I83-84 <u>Définition Equipe :</u> « j'ai fait ce qu'il restait à faire. C'est assez automatique en fait. » I76 <u>Management par l'IDE la plus expérimentée :</u> « quand tu en as fait plusieurs ba tu gères un peu les opérations » I80 « je disais à chacun quoi faire. J'essayais de les orienter. » I86</p>	<p><i>enfin la écarté elle (...)</i> car c'était plutôt une gêne qu'une aide » I79-82 <u>Répartition des tâches :</u> <u>Avec l'équipe de réa :</u> <u>Définition Equipe :</u> « ça s'est super bien passé c'était organisé ... tout le monde a pu bien agir. » I93-94 « on aurait été en nombre ça se serait mieux passé on aurait pu se répartir les choses à faire. » I109 « Travailler avec une équipe de confiance ça aide beaucoup au niveau de la prise en charge des arrêts cardiaques. » I181-182 « se connaître ça aide. » I186 <u>Management par l'IDE la plus expérimentée :</u> « la cadre est venue nous aider elle a fait de la cardio USIC pendant 20 ans donc elle nous a un peu donné les ordres donc elle missionnait chaque personne. » I91-93 « j'ai déjà une expérience donc j'arrive (...) distribuer les tâches à chacun. Il faut quand même un leader (...) ça</p>	<p>« les AS elles commencent à masser parce que nous on a d'autres choses à faire comme perfuser préparer l'adré. Ça elles peuvent pas le faire. Et puis après on s'aide pour le massage. » I88-89 <u>AS :</u> « l'aide-soignante elle commence soit à masser » I57 <u>Avec l'équipe de réa :</u> « le SMUR qui prend le relais. Et derrière nous soit on prépare les drogues qu'ils nous demandent pendant que l'IADE lui intube. » I61-62 « on fait le relais du massage cardiaque pour soulager la personne qui masse. » I62-63 « nous on est plus là pour le (IADE) soutenir pour lui apporter notre aide si ... il a besoin. On lui prépare des choses si il est occupé à intuber. Voilà on l'aide à faire ce qu'il peut pas faire sur le moment on essaie de l'avancer un peu comme on peut. » I117-119 <u>Définition Equipe :</u> « j'ai le même binôme on a déjà fait plusieurs arrêts</p>
--	--	--	--	---	--

	<p>« on ne savait pas trop qui faisait quoi » I147 « C'était compliqué. » I153 « c'est une équipe qui est soudée euh qui est organisée chacun à sa place dans la réanimation ils savent vraiment quand ils arrivent ce que chacun a à faire » I259-260</p>	<p>« on a sorti le matériel pour qu'il intube » I87 « j'ai commencé à compter pour reprendre un cycle normal. » I152 <u>AS :</u> « mes collègues ont branché le ballon sur l'oxygène » I86 <u>Avec l'équipe de réa :</u> « ils ont pris tout de suite le relais. Ils m'ont juste demandé une ampoule d'adré. » I100 <u>Définition Equipe :</u> « ça s'est fait naturellement. » I91 « se connaître dans une équipe ba tu sais comment va l'autre va préparer donc tu n'as pas besoin de vérifier ce qu'il fait. Tu sais ce qu'il veut comme matériel tu n'as plus besoin en fait de parler. » I218-220 <u>Management par l'IDE la plus expérimentée :</u> « elles ont suivi mes consignes. » I153 « j'ai fait massé une de mes collègues » I157</p>		<p>dépend (...) si y a le médecin c'est lui qui gère (...) j'arrive à orienter mes collègues grâce à mon expérience » I204-208</p>	<p>ensemble donc on n'a même pas besoin de se parler les choses elles sont calées on sait qui fait quoi. » I86-87</p>
<p>Question 7 : Avez-vous vécu des ACR difficiles ? Quelles difficultés ? Quelles ressources avez-vous utilisé pour palier à ces difficultés ?</p>	<p>Type de difficultés : Organisationnelles (« les problèmes organisationnels. » I135 ; « tout (le matériel) est dispersé (...) on perd du temps. » I136 ; « Le sac</p>	<p>Type de difficultés : Pas de ressources humaine (« on pensait pouvoir se reposer sur l'interne mais au final il ne savait pas plus faire que nous. » I141 ; «</p>	<p>Type de difficultés : manque de pratique, pas de retour si c'est bien fait (« tu te dis faut que je masse mais j'ai jamais massé, est ce que je fais</p>	<p>Type de difficultés : organisationnelles (« on a des problèmes d'organisation » I103 (« j'étais toute seule » I104) ; « on aurait été en nombre ça se serait</p>	<p>Type de difficultés : Pas de ressource humaine (« des médecins internes qui ne savaient pas et qui nous demandaient ce qu'il fallait qu'il fasse. » I64-65</p>

	<p><i>aussi est mal organisé. (...) Faut tout chercher. » I144</i></p> <p>Trop de monde (« <i>c'était difficile car on ne savait pas trop qui faisait quoi. » I147</i>)</p> <p>Ressources : « <i>J'ai demandé à la suite de cet arrêt cardiaque une formation en urgence réanimation » I 228-229</i> « <i>on a redemandé à l'équipe d'anesthésie de notre service (...) de nous former et notamment de nous expliquer tout ce qui avez dans le chariot d'urgence » I231-232</i></p> <p>Réflexivité : « <i>qu'on avait. » I198-199</i> « <i>j'ai pris du recul. » I211</i> « <i>On a essayé de réajuster tout ce qui nous a posé problème pour mieux vivre les prochaines urgences. On a essayé de réorganiser les choses. » I237-239</i></p>	<p><i>L'interne (...) en aucun cas il nous aidé. » I129</i></p> <p>Pas assez de monde (« <i>on était deux infirmières et c'était la nuit. » I123-124</i></p> <p>Manque de pratique (« <i>mettre les patchs du défibrillateur ba euh on regardait sur les poches comment fallait les mettre. » I126-127</i></p> <p>Réflexivité : « <i>on se demande toujours si on a bien fait ce qu'on aurait pu améliorer pour lui » I165</i> « <i>tu analyses et puis ba tu te dis que ba la prochaine fois ça ne se passera pas comme ça. » I207</i></p>	<p><i>ça correctement ? » I71-72</i></p> <p>Réflexivité : « <i>Ça améliore nos pratiques. » I130</i></p>	<p><i>mieux passé on aurait pu se répartir les choses à faire. » I109</i></p> <p>la panique de certains membres de l'équipe (« <i>panique à bord. » I112 ; « elle pleurait l'autre elle était perdue » I111</i>)</p> <p>Manque de formation des AS (« <i>pour les AS c'est pire. Elles sont encore moins bien préparées que nous » I13-114</i>)</p> <p>Manque de pratique (« <i>on manipule des médicaments qu'on a pas l'habitude » I147</i></p> <p>Réflexivité : « <i>demander au SMUR pour comprendre la prescription » I149-150</i> « <i>quand on a fait des erreurs ou quand on a oublié des choses on s'en souvient. Ça marque du coup ba la fois d'après on fait pas au moins ces erreurs-là. » I154-155</i></p>	<p>Problème matériel (« <i>le chariot de réa mal rempoté. » I67 ; « il te manque du matériel donc tu perds du temps à courir après le matériel. » I68 ; « deux arrêts cardiaques (...) on avait qu'un ambu (...) notre chariot de réa il est pour les deux services. » I69-71</i></p>
<p>Question 8 : Comment vivez-vous l'ACR avant, pendant et après ? Réfléchissez-vous à la prise en charge ? Cela a-t-il modifié vos pratiques ?</p>	<p>Pendant : « <i>Pendant l'arrêt cardiaque c'est stressant (...) c'est préoccupant » I181</i> « <i>on ne réalise pas tellement sur le coup » I183-184</i></p>	<p>Stress dépend des patients et de la situation « <i>avec des patients c'est plus dur que d'autres. On fait plus de transferts que d'autres. Ca dépend de l'âge ça dépend du</i></p>	<p>Stress dépend des patients et de la situation « <i>ça dépend de la situation » I114</i> « <i>si c'est un jeune patient tu as plus de mal quoi » I115-116</i></p>	<p>Stress dépend des patients et de la situation « <i>ça dépend du patient, de l'âge du patient de ses antécédents » I118</i></p> <p>Pendant :</p>	<p>Stress dépend des patients et de la situation Pendant : « <i>Pendant l'arrêt personnellement moi je coupe tout. J'ai pas forcément de réflexion je</i></p>

	<p><u>Après :</u> « après par contre c'est difficile » I184 « sur la période qui a suivi oui j'y pensé beaucoup et même à mon domicile » I197</p> <p>Débriefing : « Entre collègues on en a beaucoup parlé notamment avec ma collègue qui était présente (...) sur les lieux et qui m'a donc assisté pour cette situation » I219-221</p> <p><u>Informel :</u> « c'était entre nous. On en discutait dans le service. Comme je le disais on n'a pas de groupe de paroles. » I224-225</p> <p><u>Débriefing psychologique :</u> « c'est surtout pour le après (...) on n'est pas tellement écouté. On n'a pas de groupe de paroles. On banalise l'arrêt cardiaque sauf que (...) c'est une situation difficile à gérer » I269-270 « c'est moi qui est sollicitée les cadres du service (...) J'aurai aimé en discuter avec l'équipe du SMUR pour comprendre ce qui s'est</p>	<p><i>patient en fait des histoires de vie. »</i> I169-170</p> <p><u>Pendant :</u> « Pas toujours très bien » I162 « y a la décharge d'adrénaline euh sur le coup » I168</p> <p><u>Après :</u> « mais surtout après » I162 « j'y repense toujours même à la maison » I164 « après ça va moins bien » I168</p> <p>Débriefing : « on en a discuté entre collègue. En fait avec ma collègue de nuit » I188</p>	<p>« ça va dépendre de la personne de la durée d'hospitalisation c'est vraiment dépendant du type de personne. » I118</p> <p>Débriefing : « On en discute en équipe souvent. » I121</p> <p><u>Informel :</u> « c'est comme ça entre nous c'est un petit débrief. » I123</p>	<p>« Pendant (...) on a l'adrénaline. » I117 « Pendant non je ne réfléchis pas trop » I133</p> <p><u>Après :</u> « oui. » I128</p> <p>Apprendre de l'expérience : « au niveau de mon organisation plus j'ai fait des arrêts et plus je savais quoi faire. » I203 (intérêt de la simulation)</p> <p>Débriefing : « On fait des débriefings en équipe souvent la cadre elle nous prend en équipe enfin ceux qui ont vécu l'urgence et on parle de la situation d'urgence. » I120-122 « C'est la cadre qui a instauré ça. » I124</p> <p><u>Conditions :</u> « ça dépend quand on le fait. Quand c'est après coup ça va on se souvient bien de ce qu'on a fait mais quand c'est longtemps après c'est plus difficile » I139-140 « on les fait dans la journée des fois dans la semaine » I141 « Des fois elle nous revoit en individuel du coup. Pour voir si ça a été. (...) Surtout quand la prise en charge a été</p>	<p>sais ce qu'il y a faire » I92-93</p> <p><u>Après :</u> « Et après (...) c'est stressant. » I93-94</p> <p>Débriefing : « après y a pas mal de dialogue pas tout le temps avec l'équipe du SMUR » I94 « après les personnes avec qui on a pratiqué ou on a déjà fait une réa on ba tient ça on n'y a pas pensé on aurait dû faire comme ça. On a quand même la possibilité de pouvoir s'exprimer (...) ça qui nous aide » I97-99 « (avec l'équipe du SMUR) Oui ça serait un plus. » I101 « Après le SMUR on peut plus parler de ce qui a été ou non que de parler de nos émotions. » I103-104 « Ça on le fait entre nous car on se fait confiance on connaît les patients. On est plus dans l'émotion voilà que l'équipe SMUR qui voilà est plus technique » I104-105 « pour de l'affect je discute avec ma collègue. » I106</p>
--	--	--	--	--	--

	<i>passé mais ils sont vite repartis. » I202-204</i>			<i>difficile qu'elle a été lourde » I142</i>	
Question 9 : Selon vous, l'IADE a-t-il un rôle auprès de vous ? Si oui, lequel ?	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Pendant :</u> <i>« pas réellement de rôle auprès de nous pendant l'arrêt cardiaque (...) il faut leur laisser faire leur travail » I242-244</i> <u>Après :</u> <i>« après l'urgence j'aurai aimé qu'ils répondent à mes questions. Je pense qu'ils auraient pu répondre à nos interrogations, nous apporter des connaissances » I247-248</i> <u>Capacités relationnelles :</u> <i>« l'IADE (...) trop m'a expliqué » I118</i> <u>Formateur :</u> <i>« les personnes du SMUR (...) puissent nous former qu'on puisse échanger avec eux de vraies situations qui se passent dans les services (...) ils sont vraiment plus à même de nous former » I252-254</i></p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Capacités relationnelles</u> <i>« j'ai posé des questions au médecin il ne m'a pas répondu il parlait que à notre interne » I214-215</i> <i>« quand tu parles à l'infirmier anesthésiste ou l'infirmier il te dit de lui passer une ampoule d'adré. » I222-223</i> <i>« il m'a fait un sourire » I224</i> <u>Formateur :</u> <i>« quand le SAMU est arrivé on a regardé un peu comment ils faisaient tout ça. » I202-203</i> <i>« on leur avait posé un peu de questions à savoir si on avait bien mis les patchs par exemple. » I203-204</i></p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Capacités relationnelles</u> <i>« y en a oui avec qui on peut discuter c'est clair. » I111</i> <u>Expert en urgence-réanimation :</u> <i>« c'est lui qui a quand même plus l'habitude sur les médocs, les dilutions et tout ça quoi faire dans la réanimation. » I133-134</i> <u>Formateur :</u> <i>« de la formation. » I133</i></p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Capacités relationnelles</u> <i>« Des fois l'IADE reste un peu le temps qu'on range pour discuter avec nous. » I167</i> <u>Expert en urgence-réanimation :</u> <i>« les connaissances sont déjà pas les mêmes » I157</i> <i>« J'attends déjà qu'ils prennent en charge le patient car moi je sais pas faire. Moi je me sens soulagée (...) je souffle. (...) je sais qu'il va être bien pris en charge. » I160-162</i> <i>« je sais les connaissances que vous avez (les IADE) » I197</i> <i>« vous êtes plus habilités de faire les cours à nous » I198-199</i> <u>Formateur :</u> <i>« Oui c'est lui qui doit nous les faire ces formations. Je pense que les IADE ils sont plus habilités » I196-197</i></p>	<p>IADE : Personne ressource-formateur : <u>Capacités relationnelles</u> <i>« s'il y avait un peu plus d'échange ça serait bien. » I123</i> <u>Expert en urgence-réanimation :</u> <i>« il fait des choses qu'on ne peut pas faire. (...) l'intubation (...) des gens qu'on arrive pas à reperfuser ils ont plus de compétences que nous (...) Il a beaucoup plus de qualités et de compétences que nous on a. Il a fait les études pour. » I114-116</i></p>

	« l'équipe du SMUR (...)il connaît l'environnement du patient » I255				
Question 10 : A votre avis, comment est-ce que nous pourrions améliorer la prise en charge de l'ACIH ? Au travers de quels outils ?	<p>Formation : « si on pouvait être formé par une équipe d'anesthésie sur la manipulation notamment du sac d'urgence sur (...) ce qu'il y a dedans » I267-268</p> <p>Débriefing : « c'est surtout pour le après. Je trouve qu'on n'est pas tellement écouté. On n'a pas de groupe de paroles » I269</p> <p>Limites formation AFGSU : « avec la formation (...) on prend en charge l'arrêt cardiaque sur un mannequin (...) mais là en situation réel c'est beaucoup plus compliqué que ça. » I159-160</p>	<p>Formation : « refaire l'AFGSU plus souvent » I241 « j'avais demandé aux anesthésistes s'ils pouvaient pas nous faire des cours pour tout le monde (...) pour qu'on puisse améliorer nos pratiques » I244-245 « vous allez être infirmière anesthésiste donc ba ça serait bien qu'on vienne nous faire quelques piqûres de rappel de temps en temps » I255-256</p> <p>Simulation : « faire avec des mannequins je pense que c'est possible d'en avoir en service. » I250</p> <p>Débriefing : « c'est bien d'en parler entre collègues. (...) Je pense que c'est plus facile d'en parler avec son équipe à soit parce qu'on arrive mieux à se confier qu'à des gens qu'on connaît pas. » I252-254</p>	<p>Formation : « que tout le monde ait sa formation. » I172 (« Les AS de notre service elles n'ont jamais eu de remise à niveau depuis 20 ans » I173) « Il faut plus de formation. Sur le chariot de réa déjà sur tous les médicaments. » I140-141 « le chariot de réa on le vérifie tous les mois tu dois être formé pour ça. » I144 « des piqûres de rappel tous les ans » I142</p> <p>Débriefing : « (le débriefing) ça améliore la prise en charge » I146 « On voit ce qui a été ou n'a pas été comme ça on fait pas les mêmes erreurs au prochain ACR. » I146-147 « ça permet d'évacuer le stress » I148 « on se dit j'aurai fait ci j'aurai fait ça » I149 « aussi investir les médecins » I149-150</p>	<p>Formation : « avoir des formations sur les médicaments du chariot. » I190 « des formations sur les médicaments » I193</p> <p>Débriefing : « oui (ça améliore les choses). » I181 « C'est bien d'échanger en équipe. On se fait confiance les uns les autres. On sait comme ça qui sait faire quoi. Je pense que ça soude une équipe. » I181-182 « Travailler avec une équipe de confiance ça aide beaucoup au niveau de la prise en charge des arrêts cardiaques. » I182-183</p>	<p>Formation : « la formation (...) la simulation ça peut dédramatiser certaines situations et puis (...) connaître son chariot d'urgence car quand tu t'entraînes au moins tu vois ce qu'il manque » I131-133 « ça rafraichit la mémoire. Ça entretient ce que je sais déjà. » I137 « ça permet à chacun de trouver sa place. » I144 « ça nous apprend à travailler ensemble » I148-150 « on passe par équipe de deux. Comme ça chacun trouve sa place. » I156 « c'est la cadre qui a mis ça en place. » I152 « on le fait dans le service. » I155 « pour pratiquer ton chariot pour pratiquer ton rôle en équipe là pour le coup c'est efficace » I174</p>

Amandine BOULEFRAKH
ETUDIANTE INFIRMIERE ANESTHESISTE Ecole d'INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLOME D'ETAT - CHU de REIMS Promotion 2016-2018
L'émergence des compétences collectives dans la réanimation cardio-pulmonaire intra-hospitalière
<p><u>Résumé :</u></p> <p>Introduction : Face à un arrêt cardiaque intrahospitalier, les équipes des services de soins débutent la réanimation cardio-pulmonaire en attendant l'arrivée de l'équipe d'urgence intrahospitalière dont fait partie l'infirmier anesthésiste (IADE). Ces équipes s'appuient alors sur des compétences techniques et non techniques pour réaliser une prise en charge optimale. Le but de ce travail est d'identifier par quels moyens l'IADE peut favoriser l'émergence des compétences collectives entre ces deux équipes.</p> <p>Méthodes : Nous avons parcouru la littérature pour développer le concept de compétence collective. Nous avons ensuite réalisé une enquête qualitative multicentrique sous la forme de dix entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers et d'IADE.</p> <p>Résultats : L'enquête nous a permis de constater que la mise en place d'un débriefing technique et la formation in situ par l'IADE améliorent les compétences collectives entre les équipes de service et d'urgence intrahospitalière.</p> <p>Conclusions : Ce travail démontre que les IADE ont un rôle de formation auprès des professionnels de santé. Il serait donc intéressant de réfléchir à la mise en place de séances de débriefing et de simulations in situ pour améliorer la prise en charge de l'arrêt cardiaque.</p>
<p><u>Mots-clés :</u> Infirmier anesthésiste ; arrêt cardiaque intrahospitalier ; équipe de service de soins ; équipe d'urgence intrahospitalière ; compétences collectives ; débriefing ; formation in situ</p>
The emergence of collective skills in the In-hospital cardiopulmonary resuscitation
<p><u>Abstract :</u></p> <p>Introduction : When an in-hospital cardiac arrest occurs, the nursing team begins the cardiopulmonary resuscitation before the arrival of the medical emergency team including an anaesthetic nurse. These teams apply their technical and non technical skills to provide an optimal care. The purpose of this study is to identify the ways anaesthetic nurses can develop the emergence of the collective skills between these two teams.</p> <p>Methods : Following a targeted literature review that developed the concept of collective skills, we conducted a multicenter qualitative survey interviewing teams of nurses and anaesthetic nurses.</p> <p>Results : The investigation showed that installing a technical debriefing and an on site training by the anaesthetic nurse improve the collective skills between the nursing team and the medical emergency teams during in-hospital cardiac arrests.</p> <p>Conclusions : Anaesthetic nurses have an educative role within nursing teams ; their debriefing and on site simulation could improve the outcome during in-hospital cardiac arrests.</p>
<p><u>Key words :</u> anaesthetic nurse ; in-hospital cardiac arrest ; nursing team ; medical emergency team ; collective skills ; debriefing ; on site training</p>
<p>L'Ecole d'infirmier anesthésiste du CHU de Reims n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</p>