



**Institut de Formation de
Professions de Santé**

UF : IDE

**RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE**

URGENCE ET QUALITÉ DES SOINS, UNE RÉALITÉ ?

UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques

UE 6.2 S6 : Anglais rédaction de l'abstract du travail de fin d'étude

BARBEROT Alice,
COMAS Maud,
DUVIVIER THIBAUT Eric,
GIROMAGNY Anne

Promotion 2015/2018

Formatrice de guidance : Mme TINCELIN

Promotion : 2015-2018

TIRSI

URGENCE ET QUALITÉ DES SOINS, UNE RÉALITÉ ?



<https://www.canstockphoto.fr>

Formatrice de guidance : Mme TINCELIN

BARBEROT Alice
COMAS Maud
DUVIVIER-THIBAUT Eric
GIROMAGNY Anne

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier notre formatrice de guidance, Madame Sarah TINCELIN pour tous ses conseils, sa disponibilité et sa bienveillance.

Nous remercions également les infirmières et infirmiers rencontrés sur leur lieu d'exercice, pour leur disponibilité et leurs réponses à nos questions, qui nous ont permis aujourd'hui de vous présenter notre travail de recherche.

Enfin, nous remercions nos familles, proches et nos amis pour leur soutien, leur écoute et leur compréhension dans les moments intenses de la formation.

LEXIQUE

ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire

AFGSU : Attestation de Formations aux Gestes et aux Soins d'Urgence

AFPS : Attestation de Formation aux Premiers Secours

ASH : Agent de Service Hospitalier

BAVU : Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle

DSA : Défibrillateur Semi-Automatisé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MCE : Massage Cardiaque Externe

RCP : Réanimation Cardio-Pulmonaire

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

TFE : Travail de Fin d'Etudes

TIRSI : Travail d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
SITUATION D'APPEL ET CHEMINEMENT	12
1. Situation d'appel.....	12
2. Questionnements	13
PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL	15
1. Définitions, législation et rôle IDE	16
2. Qualité des soins.....	16
2.1. Définition.....	17
2.2. Historique	17
2.3. But de la qualité des soins	18
2.4. Rôle soignant.....	18
2.5. Qualité et ACR.....	19
3. Facteurs	19
3.1. Formations.....	20
3.2. Emotions.....	21
3.3. Organisation	22
3.4. Protocoles.....	22
3.5. Chariot d'urgence.....	24
3.6. Prescriptions	24
3.7. Expérience.....	25
3.8. Communication.....	26
PARTIE II : METHODOLOGIE ET ENQUÊTE DE TERRAIN	27
1. Méthodologie.....	28
2. Choix de la population, de l'interviewé.....	28
3. Choix du service.....	28
4. Choix de la méthode	28
5. Déroulement des entretiens	29
6. Exploitation des données	29
PARTIE III : ANALYSE ET CONFRONTATION ET CHEMINEMENT VERS LA PRATIQUE	31
CONCLUSION ET PROBLEMATIQUE.....	39
BIBLIOGRAPHIE	41

ANNEXES..... 43
Annexe I..... 44
Annexe II..... 47
Annexe III..... 49
Annexe IV..... 50
Annexe V..... 52
RESUME / ABSTRACT..... 53

INTRODUCTION

Durant ses études ou pendant l'exercice de la profession infirmière, quel professionnel n'a jamais pensé à ce jour où il faudra faire face à un ACR ? Cette urgence vitale, parfois redoutée par les soignants peut être complexe dans son organisation. Au sein de notre groupe de travail, nous sommes trois étudiants à avoir été confronté à des situations d'arrêt cardio-respiratoire et cela a fait naître un intérêt tout particulier pour cette thématique. Nous avons conscience de la probabilité d'être confronté à ces situations critiques de par notre profession et cela nous a poussé à nous questionner et à apporter un regard critique à notre pratique, et à être dans une démarche d'apprentissage constant avec l'évolution des recommandations. Egalement, les affinités ont été un facteur influençant notre choix de groupe. Notre connaissance des uns et des autres ainsi que la connaissance de nos méthodes de travail communes en plus de notre choix de thématique similaire, nous ont semblé être une force.

Rapidité, efficacité et organisation semblent être les maîtres mots de la prise en charge. Après avoir exploité les situations d'appel des différents membres du groupe de travail pour ce TIRSI, nous avons retenu celle qui représentait le plus nos questionnements et qui provoquait en nous un intérêt tout particulier. Nous nous sommes ensuite questionné face au contenu de la situation choisie et nous en avons débattu. De nombreux échanges nous ont été nécessaires pour mettre à l'écrit tous les questionnements qui sont nés de nos représentations et de nos acquis. De cette réflexion a émergé notre question de départ.

Nous aborderons tout d'abord ce sujet par la présentation de la situation d'appel retenue. Puis, nous développerons notre questionnement ainsi que notre question de départ. Ensuite, nous développerons les définitions des thèmes importants abordés ainsi que le cadre législatif. Nous exposerons par la suite nos recherches théoriques concernant les facteurs influençant la qualité de la prise en charge avant de traiter les entretiens avec les professionnels et de l'analyse que nous en avons faite. Enfin, nous développerons la confrontation entre nos recherches et l'analyse de nos entretiens avant de terminer par une conclusion de notre travail.

SITUATION D'APPEL ET CHEMINEMENT

1. Situation d'appel

Je suis en stage en un service d'admission de psychiatrie. Ce service compte 24 lits dont 2 en chambre d'isolement.

Les faits se déroulent un lundi matin, peu de temps après la relève de 7h. Avec l'équipe, nous allons réveiller les patients à 7h30 comme tous les matins. Pour les 2 patients en chambres d'isolement c'est l'infirmier qui s'occupe d'aller les réveiller.

L'un des patients en isolement est âgé de 20 ans. Il était hospitalisé sur demande d'un tiers depuis 4 mois pour schizophrénie et plusieurs tentatives de suicide. Il a pour habitude de dormir sur le ventre et les informations de la relève précisaient qu'il n'avait pas beaucoup dormi cette nuit, et qu'il a pris une douche à 5h du matin. Son dossier mentionne également qu'il va sortir du service de psychiatrie pour rentrer chez lui très prochainement.

A travers la fenêtre de la porte, l'infirmier voit que le patient est endormi. En accord avec toute l'équipe, la décision est prise de le laisser dormir jusqu'au petit déjeuner, de 8h30, comme ils ont l'habitude de le faire dans ce service.

A 8h30 lorsque que nous sommes en train de donner le petit déjeuner en salle de restauration, un infirmier va donner les plateaux repas aux 2 patients en chambres d'isolement. C'est là que l'infirmier découvre que le patient est inconscient et qu'il ne respire plus. Il appelle donc à l'aide et tout le monde accourt dans la chambre. Le bip de renfort du personnel est déclenché.

Quand j'entre dans la chambre, le patient est en arrêt cardiaque. La réanimation cardiaque avec les compressions thoraciques a commencé mais le chariot d'urgence n'est pas encore dans la chambre. Je vais donc le chercher au bout du couloir car il se trouve dans la salle de soins.

Quand je reviens, le personnel de renfort est arrivé des autres services, nous sommes alors 8 personnes autour du patient. Une aide-soignante du service a pris l'initiative de rester avec les autres patients en salle de restauration.

Beaucoup de monde est présent dans la chambre et il me semble qu'il y a comme un flottement, comme si le temps s'était arrêté. Il semble y avoir également de l'hésitation de la part des professionnels qui sont à l'écoute les uns des autres, mais qui ne savent pas par quoi commencer. J'ai la sensation qu'il n'y a pas de leader donc pas de prise d'initiative, ce qui me pousse à prendre les devants de par ma formation récente et mon expérience extra-professionnelle de secouriste à la protection civile. Cependant, je ne donne pas de directive orale, mais je pousse les professionnels à réagir en leur donnant le matériel nécessaire à l'action.

Ainsi, je tends le défibrillateur à un aide-soignant pour qu'il puisse le mettre en place, une infirmière se saisit du Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle (BAVU) puis je l'aide à brancher l'oxygène au BAVU à 15 litres par minute.

Lorsque je termine avec l'oxygène et que je vais aider aux compressions thoraciques, je me rends compte que les électrodes du défibrillateur sont mal positionnées, les 2 étant sur le côté gauche du thorax. De plus je constate que ce sont les électrodes pédiatriques qui ont été posées sur la victime. Je change donc les électrodes et branche le défibrillateur.

Puis, je participe au massage cardiaque ainsi qu'aux insufflations jusqu'à l'arrivée des pompiers et du SMUR. Durant ce temps de réanimation, j'observe la mise en action de certains professionnels alors que d'autres se mettent en retrait tout en restant dans la chambre.

Lorsque l'équipe du SMUR arrive, le médecin procède à l'intubation du patient, l'infirmier anesthésiste pose une voie veineuse périphérique pour injecter les drogues de l'urgence. Pendant ce temps, la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) continue avec 4 personnes qui se relaient un à un tous les 5 cycles (de 30 compressions et 2 insufflations).

L'intervention aura duré 1h30 avant que le médecin ne déclare le patient décédé.

2. Questionnements

Pour effectuer ces questionnements, nous avons mis en place plusieurs temps de travail pour mettre en commun nos réflexions et apporter un regard critique sur le travail de chacun. Nous avons observé que nous avons tendance à apporter, de par ces questions, des éléments de réponse. Initialement, nous souhaitions traiter l'urgence vitale de façon générale mais pour un questionnaire plus précis et plus pertinent, nous avons centré notre recherche sur l'arrêt cardio-respiratoire. Nous avons donc fait attention à bien cibler notre réflexion sur notre sujet sans être influencé par nos expériences.

Nous avons trié ces questionnements en fonction de leur pertinence dans le thème de l'urgence. Nous avons échangé sur des questions relativement larges traitant à la fois de l'équipe soignante, du soignant individuellement ou encore de l'environnement de la situation d'urgence.

Puis le questionnaire s'est affiné sur le thème de la réanimation lors d'un arrêt cardio-respiratoire. Nous avons émis des questions concernant son organisation avant, pendant et après sa réalisation mais également sur les moyens disponibles ou manquants pour les soignants. Nous avons réfléchi sur l'existence, la connaissance et la mise en place de protocoles lors d'arrêts cardio-respiratoire. Les professionnels suivent-ils les protocoles ? Quels sont-ils ? Le matériel principal utilisé pour une réanimation étant le chariot d'urgence, est-il accessible pour tous ? Sa composition et utilisation sont-elles connues de l'équipe ?

Nous nous sommes ensuite dirigés sur le thème de la formation. La formation initiale est-elle suffisante ? La formation continue comporte-elle la mise à niveau de la connaissance du matériel ? Quelles formations sont mises en place dans les services (AFGSU, formations complémentaires) ?

La communication étant un des principes fondamentaux de notre profession, nous avons recherché quelle était sa place au sein de cette prise en charge. L'organisation et l'entente de l'équipe a-t-elle un impact sur l'organisation ? Certains services utilisent des bips d'urgence, quelles sont les autres organisations existantes pour avoir un renfort rapidement ?

Un arrêt cardio-respiratoire est une situation clinique particulière. Le rôle propre de l'IDE et ses compétences nous ont donc questionnés. Quelles ressources personnelles et professionnelles doit avoir l'IDE pour gérer un ACR ? Est-ce que le stress peut impacter la qualité des gestes réalisés et la finalité de la situation ? Quel comportement adopter ? Quels ressentis et quels vécus ont les professionnels ? Est-ce qu'une activité extra-hospitalière des soignants peut avoir un impact ?

Nous nous sommes interrogés sur l'organisation de l'équipe. Lors d'un arrêt cardio-respiratoire, comment l'équipe présente se répartit-elle les rôles ? (Leader ? rôle de chacun ?) Sont-ils définis à l'avance ? Existe-t-il des débriefings dans les services (intérêt, organisation) ? Combien faut-il de soignants pour prendre en charge un ACR ? Une présence médicale

influence-t-elle l'organisation de l'équipe ? Quels facteurs favorisants ou limitants impactent l'organisation de la gestion d'un ACR ?

Ces temps de travail concernant les questionnements nous ont permis de formuler notre question de départ :

« Quels sont les facteurs influençant la qualité de la prise en charge infirmière lors d'un arrêt cardio-respiratoire en milieu hospitalier ? »

PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL

1. Définitions, législation et rôle IDE

La fonction cardio-pulmonaire est essentielle à la vie. Mais cette fonction peut rencontrer des défaillances qui peuvent conduire à un arrêt cardio respiratoire. Le Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire définit celui-ci comme « *l'interruption brutale de la circulation et de la ventilation [...] l'arrêt cardio-respiratoire a pour origine une défaillance respiratoire ou circulatoire* » (1)

Professionnels de santé formés que sont les infirmier(e)s diplômés d'état, il en va de leur rôle, de notre rôle, de réagir rapidement et de prendre en charge cette défaillance, on parle alors de réanimation. Ce qui consiste, selon le Larousse en « *l'ensemble des moyens mis en œuvre, pour pallier la défaillance aiguë d'une ou de plusieurs fonctions vitales* » (2)

Cette situation pathologique nécessite une prise en charge rapide et complète, nous pouvons donc parler de situation d'urgence comme l'explique le Ministère de la Santé : « *L'urgence médicale est définie comme une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé [...]* » (3)

L'arrêt cardio-respiratoire représente environ 50 000 cas par an en France. Le lien est direct entre la précocité et la rapidité de la prise en charge du patient et à la réalisation des gestes de réanimation. Chaque minute sans geste de réanimation, c'est 10% de chance de survie en moins.

Nous pouvons constater trois signes cliniques lors d'un arrêt cardio-respiratoire. Premièrement, la personne est inconsciente, puis on observe une absence de respiration spontanée (ou une respiration anormale) et enfin une absence de pouls carotidien.

La prise en charge d'un ACR intra-hospitalier par un infirmier(e), implique une responsabilité professionnelle. Il nous semble donc important de recontextualiser le cadre législatif qui encadre la profession grâce au code de Santé Publique qui fait de la gestion de l'urgence, un élément du champ de compétence infirmière selon les articles R.4311 et R.4312 du code de santé publique.

L'infirmier(e) a pour obligation de porter assistance aux malades ou blessés en péril. (4). Le non-respect de cet article est pénalement réprimandable. Il peut être puni de 75 000 euros d'amende et de cinq ans d'emprisonnement.

Le rôle propre de l'infirmier(e) est défini également dans le code de santé publique. Le professionnel doit réaliser les soins qui sont liés à toutes les fonctions « *d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie [...]* ». L'infirmier(e) peut donc prendre des initiatives concernant les soins qu'il juge nécessaire.

Egalement, le décret de compétences professionnelles des infirmier(e)s n°2002-194 de 2002 concernant l'utilisation du DSA permet son utilisation sur le rôle propre ainsi que son apprentissage durant la formation initiale en soins infirmiers. (5)

L'infirmier(e) peut également agir sur prescription médicale pour mettre en œuvre un certain nombre d'actions dont des soins en situation d'urgence vitale.

En l'absence du médecin, l'infirmier(e) décide des gestes à pratiquer en attendant qu'il puisse intervenir. Il peut mettre en œuvre des soins pour effectuer la réanimation selon un protocole

réalisé. Nous allons détailler cette notion de protocole dans les facteurs influençant la prise en charge. (6)

2. Qualité des soins

La notion de qualité des soins est de plus en plus présente dans notre pratique soignante. Elle est centrale dans la prise en charge globale et individualisée du patient et dans le travail des professionnels. Il est donc primordial de rappeler ses fondamentaux et d'en expliquer les principes.

2.1. Définition

La qualité des soins est un élément au cœur des soins infirmiers. Elle est définie selon l'OMS comme : « *Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». (7)

Cette notion de qualité est caractérisée par différentes dimensions qui sont l'efficacité dans les soins, la sécurité du patient, l'accessibilité et la réactivité. (8)

De plus, elle peut être perçue à deux niveaux différents. En effet, la qualité des soins perçue par le patient s'appuiera sur le vécu des soins qu'il reçoit. Tandis que la qualité perçue par l'établissement donneur de soins cherchera à optimiser les soins, le rapport bénéfice-risque. (9)

Par ailleurs, des indicateurs ont été créés afin d'évaluer la qualité et la sécurité des soins. Ces indicateurs sont définis par l'HAS comme « *un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace. Il doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins.* »

Ces indicateurs sont nationaux et divisés en trois catégories. Premièrement les indicateurs de structure qui évaluent la gestion des ressources humaines, financières, matérielles pour mettre en œuvre des protocoles de qualité. Deuxièmement les indicateurs de processus qui évaluent la prise en charge d'un patient lors de ses soins médicaux. Enfin, les indicateurs de résultats qui évaluent le rapport bénéfice-risque au niveau de l'efficacité, la satisfaction et la sécurité du patient après sa prise en soin. (10)

2.2. Historique

La qualité des soins n'est pas une notion qui a toujours existé. Elle a émergé et est maintenant un principe de base, évoluant avec notre société.

Elle est devenue une discipline d'étude et d'action à la fin du 19ème siècle avec la révolution industrielle. Son objectif premier était la conformité des produits livrés avant de s'orienter, plus tardivement, vers la satisfaction des clients.

Le contrôle de la conformité des produits était d'abord effectué en fin de chaîne, les produits non conformes étaient simplement mis au rebut. Progressivement, elle s'est déplacée du produit fini vers les étapes de la production.

La recherche de la qualité est ainsi passée progressivement d'une méthode « *a posteriori* » à une méthode d'anticipation.

En 1987, les premières normes ISO 9000 sont publiées. Les entreprises ont ensuite cherché une reconnaissance de leurs efforts en matière d'amélioration de la qualité. Des référentiels ont permis aux entreprises qui le souhaitaient d'obtenir une certification issue de l'assurance qualité.

Elles ont ensuite accompagné la transformation de l'économie en diffusant vers le secteur des services. Plus récemment, ces démarches ont commencé à gagner les organisations non marchandes comme l'enseignement, la santé, le secteur social, entre autres, sous l'influence du constat de variations inexplicables des pratiques et des résultats. (11)

Les professionnels de santé ont beaucoup insisté sur le risque que pouvait induire la notion de qualité des soins et d'obligation de résultats. Certains craignent le glissement de la qualité vers une obligation de résultat. Ces aprioris conduisent donc à l'émergence d'une médecine dite « *sur la défensive* », qui a débuté par le renversement de la charge de la preuve, mais également par le fait de recourir à des solutions judiciaires pour régler des litiges entre malade et médecin. Peu de propositions par rapport à cette perspective sont proposées, si ce n'est l'appel à l'Etat de prendre ses responsabilités, et d'agir en terme d'éthique. (12)

Pour améliorer la démarche de qualité, il a été mis en place une Procédure de certification depuis 1996 selon l'ordonnance n°96-346. Actuellement nous sommes sous la version V 2014. (13)

2.3. But de la qualité des soins

La science infirmière est une science qui permet d'avoir une réflexion lors des soins, un but dans les projets et une finalité définie. Il en est de même en ce qui concerne la qualité des soins.

Cette qualité et la démarche de certification bénéficient directement, en plus des patients et de la structure, au personnel soignant. Cette notion de qualité des soins selon la haute autorité de santé, implique une remise en question et un regard critique face à nos pratiques et à nos fonctionnements ou organisations. La qualité des soins implique donc la gestion des risques. Ces risques ne concernent pas seulement un accident lors d'un soin technique mais peuvent également découler d'une erreur d'appréciation, d'organisation ou de communication. C'est tout l'enjeu de la démarche qualité dans une institution. Le but de la qualité des soins est également d'être dans une démarche d'élaboration et de travail collectif pour un résultat impactant toute la chaîne du soin. Dans le cadre de notre travail de recherche, le questionnement sur les facteurs favorisant ou limitant permet, dans cette démarche de qualité des soins, de se questionner sur nos pratiques et ainsi pouvoir prendre en compte les sources de difficultés existantes. (14)

2.4. Rôle soignant

La qualité des soins ne concerne pas que l'institution dans son rôle de cadre. Le rôle infirmier dans la qualité des soins est essentiel et ne peut être mis de côté ou mal considéré.

Dans de nombreux pays, dont la France, de plus en plus de responsabilités incombent aux infirmier(e)s. Ceux-ci sont en première ligne dans les soins et leur organisation ce qui fait de ce métier un important pilier dans la qualité des soins. Ces changements sociétaux poussent à la remise en question et à l'adaptation en fonction des retours d'expérience et de l'analyse

de la pratique. Ils poussent également à l'évolution et au perfectionnement. Ces soignants, dont nous faisons partie, se doivent d'être dans une démarche de constante évolution et d'analyse de la pratique, tant lors des soins que lors de l'organisation de ces soins ainsi que dans le développement des compétences et de la formation. Nous pouvons donc parler d'un besoin de leadership infirmier. Nous voyons donc émerger de nouvelles responsabilités et de nouveaux métiers avec les infirmier(e)s de pratiques avancées. Il en va de la mission des infirmier(e)s de promouvoir un dynamisme et une innovation en terme d'organisation et de réalisation du soin. (15)

De plus, la réglementation autour du métier d'infirmier(e) permet, de par son cadre, de participer à la qualité des soins. Ce cadre sécurisé oriente et protège les pratiques. Le respect et la rigueur d'application de ces prescriptions et de ces protocoles font partie de la sécurité des soins et de la qualité des soins. Selon l'article R4312-10 du code de la santé publique «*Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser les techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié*» (16)

2.5. Qualité et ACR

La qualité est présente à tous les niveaux au sein d'un établissement de soin. Dans la situation d'un arrêt cardio-respiratoire, elle a donc été étudiée afin de mettre en œuvre des recommandations comme celles de 2004 pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières et celles de 2006 pour le corps médical. (17)

De plus, des groupes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ont été mis en place pour améliorer la qualité de prise en charge lors de situations d'urgences vitales comme l'arrêt cardio-respiratoire. L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives.* » (18)

Par ailleurs, les moyens mis en œuvre dans ce but d'amélioration de la qualité ont permis de créer la Chaîne de Survie Intra Hospitalière (CSIH). Elle consiste en l'alerte, la réanimation cardio pulmonaire, la défibrillation et la réanimation médicalisée.

Elle est évaluée par 10 critères au sein des établissements de soins. Le premier critère concerne l'existence, l'organisation et le rôle d'un comité de suivi de la CSIH. Le deuxième critère lui concerne la procédure dite de « *Chaîne de Survie Intra Hospitalière* » en particulier sa validation, sa visibilité, son actualisation. Puis le troisième critère concerne la composition de l'équipe CSIH et son rôle. Le critère 4 lui concerne l'alerte, le cinquième du défibrillateur et le sixième du chariot d'urgence. Le septième critère traite des formations aux gestes d'urgence devant être mises en place. Le huitième concerne lui la traçabilité de l'alerte, le neuvième assure la traçabilité de la RCP et de ses résultats. Enfin, le dernier critère reprend la conformité de la prise en charge de l'arrêt cardio respiratoire. (19)

Un comité interdisciplinaire composé du médecin référent de l'équipe CSIH, du directeur d'établissement, du directeur des soins, du président de la commission médicale d'établissement est en charge de cette évaluation. (20)

La qualité de la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire, lorsqu'il se déroule en service hospitalier, est dépendante de plusieurs facteurs. Ils l'impactent de façon positive ou négative mais leur connaissance et leur contrôle est essentiel.

3. Facteurs

3.1. Formations

Notre savoir-faire et notre savoir-être sont issus de notre formation. Dans un contexte d'urgence et de besoin de rapidité, il semble évident que les gestes, les réflexes et les savoirs doivent être acquis.

Les infirmier(e)s doivent réaliser 3 années d'études pour être diplômé d'état. Lors de leurs études, les étudiants sont formés aux gestes et soins d'urgence par le biais de l'unité d'enseignement 4.3 « *Soins d'Urgence* » et obtiennent l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) niveau 2.

Cette unité d'enseignement a pour objectifs « *d'identifier l'urgence à caractère médical, pratiquer des gestes permettant de porter secours en attendant l'arrivée d'une équipe médicale, hiérarchiser les urgences et mettre en œuvre des soins d'urgence dans un environnement médicalisé* » (21)

En lien avec l'arrêté du 3 mars 2006, l'attestation AFGSU est donc délivrée à la fin des trois années d'études, celle-ci a pour objectif « *l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale* »

Elle est composée de trois niveaux, le niveau 1 pour tout personnel, administratif ou non, travaillant dans un établissement de santé ou médico-sociale et le niveau 2 pour tout professionnels de santé faisant parti du code de santé publique, partie IV.

Pour les futurs infirmier(e)s, les niveaux 1 et 2 sont obligatoires et indispensables pour l'obtention du diplôme d'état. Mais cette formation a une durée de validité de quatre ans selon l'article 5 de l'arrêté du 3 mars 2006. (22)

La formation et la réactualisation des connaissances se fait par des professionnels agréés comme le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence) qui organisent des séances et délivrent les diplômes. (23)

L'AFGSU a été créée par l'arrêté du 3 mars 2006 et mise en place en septembre 2007. (24) De plus la circulaire du 27 mai 2010 précise que la formation AFGSU ne revêt pas de caractère obligatoire pour l'ensemble de ces personnels déjà en exercice. Donc les professionnels de santé formés avant 2010 n'ont pas forcément reçu de formation dans le domaine du secours à personnes. (25)

En outre, il n'existe pas encore d'obligation réglementaire de recycler l'AFGSU au bout des 4 années de validité, ni même d'obligation pour les infirmier(e)s diplômés d'état avant 2010 de passer la formation, cependant l'HAS le recommande fortement. (26)

En plus des formations initiales et des simulations, les infirmier(e)s peuvent bénéficier tout au long de leur carrière de formations complémentaires. Celles-ci peuvent être proposée au personnel de tous les services par les centres hospitaliers, dans des domaines très variés tels que le management, la responsabilité, la communication, l'hygiène, la gérontologie ... (27) mais aussi dans le domaine des soins d'urgences avec des formations de réanimation sur simulateur, de gestion des médicaments de l'urgence et bien d'autres. Ces formations peuvent être organisées en interne dans les hôpitaux mais également dans des centres de formations extérieurs. (28)

3.2. Emotions

« *Les émotions constituent nos moteurs internes. Positives ou négatives, ce sont elles qui nous font bouger* ». Le mot même l'indique, qui vient du latin « mouvement ». (29)

La prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire va provoquer bon nombre d'émotions pour l'équipe soignante. Ce contexte de soins, imprévu et grave, peut engendrer des tensions individuelles ou collectives pour toute l'équipe soignante et il est un facteur stress assez important. Le mot tension n'est pas en lui-même que péjoratif, il décrit un état général qui est propre à un individu ou à une situation en s'inscrivant dans le temps au travers d'une expérience passée.

C'est pour cela que les termes tension et stress sont assez proches. Le fait d'obtenir une bonne tension permet donc d'augmenter les capacités du soignant et de l'équipe pour une meilleure efficacité dans l'action et la prise de décision. Stress et tension sont simplement des mesures de réponse opérationnelle aux aléas de la vie, il est donc appelé syndrome général d'adaptation.

Il existe 3 façons de s'ajuster à la situation : fuir, se figer ou agir. Le besoin primordial d'agir dans l'urgence ramène l'infirmier(e) à user de ses compétences humaines et techniques pour y faire face. Au cœur de la prise en charge, le personnel soignant est amené à gérer cette tension pour lui-même en premier lieu, mais également pour son patient, son équipe et les autres intervenants. (30)

Chaque professionnel suivant son vécu, sa formation et son attrait pour les soins d'urgence va appréhender de façon différente le stress. Il peut le percevoir positivement ou négativement. Toutefois la littérature ne donne pas de réelle définition du stress, mais dans le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) nous pouvons lire « *Lazarus définit le stress comme une relation déterminée entre une personne et son environnement. Les exigences de l'environnement peuvent dépasser les ressources de la personne et mettre son bien-être en danger. Ce qui joue un rôle prépondérant dans la perception individuelle du stress, c'est la vision de la personne quant au caractère maîtrisable d'une situation.* » (31)

On distingue ainsi le stress positif ou stimulant (eustress) du stress négatif (distress). L'eustress est le stress positif, qui stimule la productivité et dont la gestion est associée à des sentiments agréables de satisfaction ou de bonheur. Le distress est le stress négatif, qui restreint la productivité et qui peut rendre malade. (32)

Il y a 3 phases dans le stress. La première, dite phase d'alarme est une évaluation de la situation et de l'élaboration de la réaction, c'est la phase où l'organisme subit les modifications biologiques et entraîne une décharge d'adrénaline et de noradrénaline. La seconde, dite phase de résistance qui met en place des moyens de réactions dans la durée et le temps. Ce système prépare à endurer un stress chronique et non pas à agir. Troisièmement, la phase dite d'épuisement des ressources de l'organisme face à la situation stressante, qui apparaît lorsque le stress devient chronique. (33)

Il est important d'introduire également la notion de stress provoqué par le contexte de travail, l'OMS le définit comme « *l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et des pressions professionnelles [...] qui remettent en cause leur capacité à faire face. Le stress peut survenir dans des contextes professionnels très différents, mais il est souvent aggravé lorsque les employés ont le sentiment qu'ils ne sont pas assez soutenus par leur chef ou leurs collègues, et lorsqu'ils n'ont pas beaucoup de prise sur*

leur travail ou sur la façon de s'y prendre pour faire face aux exigences et aux contraintes de celui-ci » (34)

Car lorsque que l'infirmier intervient sur un ACR en contexte de soins, il ne faut pas oublier qu'il se situe sur son lieu de travail, il doit donc gérer ce phénomène stressant en lui-même, mais aussi tout ce qui peut se rapporter à ses autres tâches. Et d'autres stress peuvent venir surcharger sa prise en charge initiale comme le manque de temps, la pression à la performance, la peur de l'échec, les problèmes de concurrence, le manque de personnel, les relations problématiques avec les supérieurs ou les collaborateurs, la peur de la perte de l'emploi, la sur-stimulation ou sous-stimulation ... (35)

3.3. Organisation

L'organisation d'une équipe est primordiale pour le bon fonctionnement de celle-ci, d'autant plus en situation de soins d'urgence, cela passe donc par différents éléments qui ont une haute importance. Il est plus difficile de créer de la cohésion dans un groupe que dans une équipe, car l'équipe est un « *ensemble de personnes qui travaillent ensemble en vue d'accomplir un objectif commun.* » (36)

Chaque équipe a besoin d'un leader pour fonctionner, celui-ci doit être reconnu par les membres de l'équipe. Selon le dictionnaire Larousse, le leader est une personne qui, à l'intérieur d'un groupe, prend la plupart des initiatives, mène les autres membres du groupe, détient le commandement. (37)

De plus, des études ont mis en évidence qu'un système anarchique, sans chef, ne fonctionne pas. L'absence de leader serait encore plus préjudiciable à une équipe que la présence d'un mauvais leader.

Pour que l'organisation d'une équipe soit optimale, celle-ci doit être constituée pour remplir une mission. C'est le sens, la raison d'être de cette équipe. De plus, les rôles de chaque membre de l'équipe doivent être définis, car le sens est la motivation première de l'individu pour passer à l'action.

En outre, chaque membre de cette équipe doit se sentir légitime, c'est-à-dire qu'il doit avoir une vision claire de sa place dans l'équipe. La vision individuelle est intimement liée aux valeurs de chacun dans l'équipe.

Les règles de fonctionnement de l'équipe définissent un cadre de travail et la façon de communiquer entre les membres. Pour qu'une équipe atteigne ses objectifs, elle a besoin de prendre des décisions.

Il existe plusieurs modes principaux de décision. L'autocratique où le leader décide seul et l'équipe applique, le démocratique pour lequel un vote est effectué et la majorité l'emporte, le sociocratique où la décision est adoptée s'il n'existe aucune réelle objection, par le mode de consensus qui permet à un consensus fort d'émerger et enfin le mode de l'unanimité dans lequel une entente commune doit être trouvée.

Il est important de communiquer et d'échanger les informations efficacement entre les membres de l'équipe mais aussi avec l'extérieur. Car toute vie d'une équipe est parsemée de désaccords, voire de conflits entre ses membres et ce fait est normal car nous sommes humains et avons tous des différences. Mais les valeurs sont le socle de nos comportements car nous agissons tous en fonction de valeurs importantes à nos yeux. Afin de donner du sens à l'action de l'équipe, celle-ci doit se doter de valeurs partagées par l'ensemble de ses membres.

Les signes de reconnaissance sont aussi un élément clé de la dynamique de l'équipe, ils se présentent sous différentes formes comme des paroles, des actes que l'on fait pour donner de la reconnaissance à une personne. Par exemple, cela peut être un simple merci ou alors un feedback sur le travail de la personne. Car chaque être humain a besoin d'être reconnu dans ce qu'il est et dans ce qu'il fait. Une personne qui reçoit de la reconnaissance a confiance en elle et donne le meilleur d'elle-même dans son travail. (38)

Dans notre cas, lors d'une réanimation, chacun a sa place : le médecin serait le leader car il dicte les gestes à effectuer et les médicaments à administrer, l'infirmier(e) pose une voie d'abord et prépare des médicaments, et les autres membres de l'équipe comme d'autres infirmier(e)s ou aides-soignants vont procéder à la réanimation avec le massage cardiaque, la ventilation et la mise en place du défibrillateur. Le but de l'équipe est commun, il est de réanimer le patient.

3.4. Protocoles

Pour accroître la rapidité et l'efficacité de ses agents, les centres hospitaliers ont développé un certain nombre de mesures conduisant à un travail formalisé, standardisé et de qualité. Celui-ci peut se présenter sous la forme de protocoles, de normes de travail, de référentiels ou encore de fiches de poste. Ce processus de normalisation des tâches contribue à réduire l'angoisse des soignants face à l'exécution de certains actes, mais les aident également à produire un travail de qualité. (39)

Des protocoles existent dans tous les services et sont de toutes sortes. (Annexe I page 44) Ils constituent un descriptif des techniques à appliquer ainsi que des principes et des consignes à observer dans certaines situations. Ils peuvent être apparentés à une sorte de guide d'application des procédures de soins, et peuvent être spécifiques à une discipline. Vu qu'ils ne sont pas formels, chaque équipe peut constituer ses propres protocoles en fonction de ses besoins et de l'état de santé des patients. Il est considéré comme un référentiel puisqu'il indique l'action standard d'un soin.

De plus, il existe plusieurs types de protocole et l'HAS parle également de protocoles pluriprofessionnels de soins qui représentent « un schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques ». (40)

C'est pourquoi l'article R4311-3 Code de santé publique, stipule que l'infirmier(e) diplômé d'état « [...] peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. [...] » (41)

La mise en place de protocoles de soins repose donc sur un travail d'équipe et doit s'intégrer dans l'organisation des soins. Les protocoles de soins sont élaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmier(e)s impliqués dans leur mise en œuvre, avec, si besoin, l'aide de médecins. Ils sont validés par l'ensemble de l'équipe médicale et par le directeur du service des soins infirmiers et sont obligatoirement datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service. Ils doivent être diffusés à l'ensemble du personnel du service, remis à chaque nouveau personnel dès son arrivée et accessibles en permanence dans le service. Si besoin, ils peuvent être évalués et réajustés et sont revus obligatoirement au moins une fois par an.

3.5. Chariot d'urgence

La connaissance des gestes et soins d'urgence et la connaissance du matériel utilisé vont de pair. Dans le cadre d'une RCP, l'outil commun utilisé par tous les services est le chariot d'urgence.

Il n'existe pas de texte réglementaire sur le chariot d'urgence, mais il doit cependant répondre à certains critères tels que sa mobilité, sa facilité d'accès, son ergonomie, sa fonctionnalité et sa facilité d'entretien. De plus il doit être connu de tous, entretenu, vérifié régulièrement et scellé. Les tiroirs ne doivent pas déborder, et doivent pouvoir s'ouvrir sans bloquer l'ouverture

Selon l'HAS, chaque service de soins doit disposer au minimum d'un chariot d'urgence. Lors d'une réanimation, il est la principale ressource à disposition de l'équipe afin de réaliser rapidement les gestes d'urgence. Il est conçu pour pouvoir agir sans délai et pallier une ou deux urgences vitales d'un patient, ou prendre en charge deux patients. Son contenu dépend de chaque service selon ses besoins, cependant la SFAR a listé une dotation minimum pour le chariot d'urgence.

Chaque membre de l'équipe, médicale et paramédicale, doit en connaître son contenu et l'utilisation des médicaments et matériels qu'il contient. Il doit être vérifié en totalité par l'infirmier une fois par mois minimum, et reconstitué et scellé après chaque utilisation. Il doit également s'assurer que les médicaments ne soient pas périmés et que le matériel soit fonctionnel et prêt à être utilisé. Les nouveaux arrivants doivent être formés à la maintenance, à la vérification et à l'utilisation de ces chariots d'urgence. En le manipulant régulièrement, l'infirmier(e) mémorise ainsi sa composition et l'emplacement du matériel et des drogues, ce qui lui permettra d'être plus efficace dans l'urgence d'une réanimation. (42)

Il existe principalement deux systèmes d'organisation du chariot d'urgence qui sont universels. Le premier système, dit « *système ABC américain* » se base sur un principe d'organisation alphabétique de A à F. La catégorie A concerne le matériel permettant d'assurer la libération des voies aériennes, la B rétablissant une ventilation efficace et la C une circulation tissulaire, la D est composée des drogues de réanimation, puis la E pour contrôler l'activité cardiaque et l'efficacité du MCE, et enfin la F permettant de palier aux troubles de la conduction par le DSA. Le deuxième système est basé sur un code couleur couramment employé dans les SMUR français. La couleur bleue correspond à la ventilation, la rouge à la circulation, la jaune, blanche ou grise à divers matériels nécessaires.

Au niveau des médicaments, on peut proposer un classement alphabétique sans doute le plus pratique ou un classement par activité médicamenteuse plus compliqué à mémoriser en cas d'urgence. (43)

En outre le CHRU de Besançon a établi des protocoles sur la composition du chariot d'urgence et sa vérification, ainsi que des recommandations concernant le chariot d'urgence dans les services de soin. (Annexe II page 47)

3.6. Prescriptions

Notre pratique est encadrée par des textes législatifs. Ils définissent tant notre rôle propre que notre rôle sur prescription médicale. Il est donc essentiel de les connaître pour avoir connaissance de notre responsabilité professionnelle engagée lors de nos soins qui découlent d'une prescription médicale, qu'elle soit orale ou écrite, dans le cas ici d'une RCP.

Selon l'article 4311-7 Code de Santé Publique : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.* » En effet, lors d'une situation d'urgence, l'infirmier(e) applique les prescriptions orales du médecin, permettant une prise en charge beaucoup plus rapide. Il est donc primordial que le médecin

soit clair dans ses prescriptions, afin d'éviter toute erreur d'administration. En effet, l'infirmier(e) étant le dernier verrou avant l'administration d'une thérapeutique, il est indispensable qu'il ait bien compris la prescription du médecin. « L'infirmier doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé » selon l'article R.4312-29 du CSP issu du décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles de la profession d'infirmiers(es). L'infirmier(e) ne peut pas refuser d'appliquer une prescription orale lors d'une situation d'urgence. Ce refus serait considéré comme une faute dans l'exercice de sa profession puisqu'il en résulterait un danger pour le patient.

L'application des protocoles d'urgence et des prescriptions orales n'empêchent en aucun cas la retransmission des prescriptions par écrit qui reste obligatoire, dès que la situation sera redevenue stable. Il est nécessaire de noter chaque drogue injectée durant la réanimation, afin que le médecin puisse prescrire par la suite dans le dossier de soins du patient, cela afin d'assurer la continuité des soins et d'avoir une trace écrite dans le dossier du patient. (44)

3.7. Expérience

L'expérience ne définit pas nos compétences ni nos connaissances. En revanche, elle participe à apporter un regard critique à notre pratique et peu donc avoir un impact sur celle-ci.

L'expérience est une notion difficile à conceptualiser car chacun peut lui donner un sens différent. Mais elle peut être définie comme « le fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer sa connaissance par la pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde » (45)

Selon Patrick BOUVARD Maître de conférence à la Sorbonne dans le domaine de la psychologie et la gestion, « *l'expérience est une des composantes fondamentales du professionnalisme.* » Elle transforme des connaissances générales en compétences pratiques, car « *nous ne sommes pas égaux devant l'expérience* ». Certaines personnes semblent acquérir très vite de l'expérience, tandis que d'autres reproduisent indéfiniment les mêmes erreurs. Il y a donc une différence entre « *faire des expériences* » et « *acquérir de l'expérience* ».

L'expérience est alors un véritable mode de constitution de la connaissance, par lequel nous pouvons tirer les leçons du vécu, et notamment pour les professionnels de santé en situation de soins. Les situations d'urgences en sont un bon exemple car l'expérience peut être recensée comme individuelle ou collective. Acquérir de l'expérience, veut également dire accepter que le vécu des infirmiers soit un vrai principe de connaissance. (46)

Elle doit alors permettre à l'individu de s'en servir comme référentiel sur lequel il pourra s'appuyer lorsqu'il devra évaluer une situation, qu'elle soit nouvelle ou non. L'infirmier(e) doit donner un sens à son action en développant des explications et des critiques et ainsi, à travers son expérience, construire sa propre identité. De façon plus général, l'expérience consiste en une « *connaissance ou savoir-faire acquis par la pratique, hors d'un enseignement théorique* » (47)

L'expérience peut-être source d'acquisition de connaissances, de capacités et de savoir-faire. Elle constitue d'ailleurs un des modes d'apprentissage les plus utilisés dans de nombreuses formations, et notamment la formation en soins infirmiers puisque celle-ci dispense autant de cours théorique en institut que de stages pratiques en service.

L'infirmier, est donc confronté tout au long de sa carrière professionnelle, à de nombreuses expériences. Lorsqu'il est au contact du patient et de sa pathologie, il observe, questionne, pratique. Chaque situation de soins, peut être porteuse d'enseignements. La répétition des expériences apporte un savoir-faire et une capacité à adopter des solutions adaptées aux différentes situations, et notamment dans le domaine de l'urgence, c'est un apprentissage permanent.

Le modèle d'acquisition des compétences de Stuart et Hubert Dreyfus (Annexe III page 49), et repris et appliqué aux soins infirmiers par Patricia BENNER, théoricienne en soins infirmiers, met en évidence l'importance de l'expérience dans la pratique infirmière. Le novice, qui par définition est un professionnel peu expérimenté, s'appuiera sur des règles et connaissances théoriques qui lui ont été transmises. Appréhender une situation de soins ou anticiper une dégradation de l'état de santé d'un patient devient alors difficile. A l'inverse, l'expert a acquis, à travers ses nombreuses expériences, la capacité d'évaluer une situation dans sa globalité. Il s'appuie sur des situations concrètes, déjà vécues, lui permettant de percevoir les moindres changements de l'état de son patient, d'anticiper, de prioriser ses actions. (48)

3.8. Communication

La communication est un autre pilier de notre pratique. Nous exerçons un métier qui nécessite de travailler en équipe et elle est primordiale afin d'être efficace dans ce travail.

Par définition, la communication est le fait d'entrer en relation avec autrui. C'est un moyen, un outil qui permet de transmettre quelque chose à quelqu'un. On peut distinguer la communication verbale, qui regroupe l'ensemble des mots utilisés et la communication non verbale, qui englobe le ton, le débit et le volume de la voix, l'articulation des mots, la gestuelle etc. Le stress peut être un obstacle à l'envoi ou à la réception de message.

Dans toute communication, il existe un récepteur et un émetteur, qui ont un message à transmettre, un canal de transmission oral ou écrit, et un effet retour autrement appelé feedback. Celui-ci permet au récepteur de renvoyer le signal à l'émetteur afin de lui confirmer, ou non, sa compréhension du message. (49)

Pour que la communication soit efficace, il est nécessaire que le message transmis soit clair, avec un vocabulaire adapté, que l'information soit synthétique, appropriée au temps, aux circonstances et à l'interlocuteur.

Certains facteurs tels que la quantité d'informations transportée, la complexité de l'information, la vitesse de la transmission, les interférences ou une absence de feedback peuvent nuire à la communication. Pour que l'information soit bien transmise de l'émetteur au récepteur, il est primordial qu'il existe un code commun entre les protagonistes. (50)

Lors d'une réanimation, une quantité importante d'informations vont être transmises, il est donc nécessaire qu'elles soient claires et bien comprises par l'ensemble de l'équipe. Chaque membre va indiquer ce qu'il fait, ce qu'il prépare, ou donner des ordres à ses collègues. Une erreur de compréhension peut directement impacter dans l'organisation, et donc la qualité de la prise en charge lors de la RCP.

PARTIE II : METHODOLOGIE ET ENQUÊTE DE TERRAIN

1. Méthodologie

Pour nous permettre de confronter nos recherches théoriques ainsi que nos représentations concernant la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire à la pratique réalisée au sein des services, nous avons réalisé un questionnaire et interrogé 4 infirmier(e)s diplômés d'état dans 4 services différents.

2. Choix de la population, de l'interviewé

Pour nous, le critère décisif était la rencontre avec un infirmier(e) ayant réalisé une réanimation cardio-pulmonaire dans l'année, arrivée de façon imprévue, afin d'obtenir des informations au plus proche de la situation vécue.

3. Choix du service

En rapport avec nos représentations, nous voulions interroger des secteurs variés, de spécialités différentes afin d'obtenir un maximum de points de comparaison. Pour cela nous avons choisi un service d'urgence, habitué à prendre en charge des patients avec un tableau clinique d'arrêt cardio-respiratoire. En confrontation, nous avons voulu interviewer des services non spécialisés, que nous pensions moins susceptibles de faire face à ces situations. Nous avons pour cela choisi un service de médecine, un service de chirurgie et un service de santé mentale. Nous avons exclu de par ce fait certains services comme les soins palliatifs, l'oncologie ou autre, ne pratiquant pas forcément de réanimation en cas d'ACR.

Nous avons décidé, de par notre vécu lors des stages, de ne pas aller interroger des professionnels que nous connaissions déjà car nous voulions les garder en tant que personnes ressources, ni d'interroger des services très peu confrontés aux ACR.

Pour la sélection de ces services, nous avons donc décidé de nous orienter sur le service d'accueil des urgences, le service de pneumologie, le service de chirurgie cardio-thoracique et un service d'admission en santé mentale.

Cela n'a pu être réalisable au sein du service de pneumologie, car il n'y avait pas d'infirmier(e) disponible et ayant vécu un ACR dans l'année pour répondre à nos questions, nous nous sommes donc tournés vers le service de médecine interne.

4. Choix de la méthode

Sur les conseils de nos formateurs, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes par thème et des questions de relance pour être sûr que chaque entretien suive la même trame et aborde les mêmes sujets. Pour cela nous avons créé un questionnaire d'entretien (Annexe IV page 50), que nous avons utilisé à chaque rencontre avec les infirmier(e)s.

Les entretiens étant enregistrés, nous avons décidé de ne pas prendre de notes durant ceux-ci pour mieux nous concentrer sur la communication avec le professionnel de santé. Afin de ne

pas influencer leurs réponses et la spontanéité de l'échange, le questionnaire ne leur a pas été dévoilé avant la rencontre.

5. Déroulement des entretiens

Chaque entretien s'est déroulé dans une pièce fermée, directement dans le service concerné. Seul un des entretiens a été interrompu.

Nous avons réalisé nos entretiens à deux étudiants, puis les avons retranscrits avant de détruire les enregistrements, ce qui permet de garantir la confidentialité des professionnels.

Nous avons eu 2 entretiens qui ont duré 30 minutes et 2 autres qui ont duré 1h car les infirmiers avaient du mal à se centrer sur une seule situation de réanimation. Ces entretiens ont donc été plus compliqués à retranscrire et à analyser.

6. Exploitation des données

Pour pouvoir effectuer l'analyse de nos entretiens, nous nous sommes servis des retranscriptions. Nous avons extrait les idées principales à l'aide d'un tableau regroupant les thèmes abordés lors des entretiens. Ceci nous a permis de les comparer plus facilement les uns aux autres.

**PARTIE III : ANALYSE ET CONFRONTATION ET CHEMINEMENT VERS
LA PRATIQUE**

A l'aide de l'analyse de nos différents entretiens, nous avons souhaité avoir des réponses à nos questionnements. Nous allons mettre en évidence les différents facteurs qui interviennent lors d'une réanimation cardio-pulmonaire. Pour se faire, nous allons confronter les données recueillies durant nos 4 entretiens.

La réanimation est une prise en charge peu fréquente et cliniquement grave, elle peut donc avoir un impact assez important sur les soignants.

En effet, l'IDE1 explique que pendant la RCP, elle ne ressent pas la notion du temps, à cause de l'adrénaline. Celle-ci ne laisse pas de place aux émotions pendant la réanimation, mais elle nous indique qu'en fin de journée les émotions peuvent se manifester, et il lui semble important d'avoir des échanges et des discussions pour évacuer son ressenti. Pour elle, le débriefing est très important. Dans le cas de cette réanimation, il n'y en a pas eu, mais lorsque les réanimations sont plus longues ou plus compliquées, la cadre de santé peut en organiser un.

L'IDE2 dit également qu'il y a des émotions mais à retardement, et que celles-ci sont différentes en fonction de l'âge du patient. Elle explique aussi qu'il y a une certaine fatigue physique et psychique après une réanimation, et que même s'il n'y a pas de stress, il peut y avoir de la colère par rapport au délai d'attente d'intervention du SMUR et s'il y a trop de monde dans la chambre. Ce qui peut être difficile pour elle, c'est l'accumulation de plusieurs réanimations dans la même journée. Elle ressent le besoin de reprendre tout de suite le travail après la réanimation. Il est important pour elle de dédramatiser la situation en équipe par la suite. Cependant, il n'y a pas de débriefing établi, une verbalisation informelle peut se faire avec la cadre, les médecins, l'équipe.

L'IDE3 ne se trouve pas stressée pendant la RCP car elle se sent « *bien armée* ». Pour elle aussi, la charge émotionnelle est différente en fonction de l'âge du patient. Cependant elle indique que le stress est bénéfique et qu'il ne faut pas qu'il soit négatif car il peut entraîner des erreurs dans la prise en charge. Un débriefing est souvent réalisé mais pas forcément juste après la réanimation, il peut se présenter sous forme de temps informels.

Pour l'IDE4, il y a un stress pendant la réanimation qui peut être positif et gérable pour lui. En revanche, ce stress peut être négatif lorsque le patient est connu de l'équipe depuis longtemps. Celui-ci nous parle également d'un stress en lien avec la peur d'un défaut de prise en charge pouvant causer l'ACR. Par ailleurs, les urgences psychiatriques fréquentes dans le service lui permettent de connaître les atouts de chacun ainsi que leur façon de réagir dans l'urgence. Selon lui, la gestion des émotions est plus compliquée après la réanimation que pendant. Il est plus compliqué pour lui de reprendre le travail après la réanimation. Dans le cas de cette réanimation, il n'y a pas eu de débriefing mais des temps informels avec des représentants de la direction et la possibilité de rencontrer la psychologue du travail.

Aucun des IDE n'a donc de débriefing systématique dans le service suite à une réanimation. Les IDE 1 et 2 expliquent que lorsque la réanimation est compliquée, ils en parlent en équipe, mais pas lors de temps officiels. Il est important pour l'IDE2 de dédramatiser la situation en équipe.

Tous les infirmier(e)s se rejoignent sur le fait qu'il n'y a pas de stress négatif ou d'émotions envahissantes pendant la réanimation. En revanche, une fois celle-ci terminée, il peut y avoir apparition d'émotions et les soignants ressentent le besoin de l'exprimer.

De plus, nous avons constaté que nous manquions de données concernant les débriefings alors que cela nous semblait être un élément important dans nos recherches. Nous avons constaté que la prise en charge d'un ACR, de par une réaction de cause à effet, pouvait avoir des conséquences à la fois psychologiques et également dans la pratique des professionnels. Cela peut être vécu comme un « *drame* » et le soignant peut en venir à douter de lui-même,

et même se sentir dévalorisé. Cette notion est encore plus importante lors d'une réanimation que les professionnels jugent complexe. Les débriefings sont donc importants car ils permettent de verbaliser et d'avoir un regard critique sur les soins réalisés.

D'après les infirmier(e)s rencontré(e)s, les débriefings existent mais ne sont pas organisés de la même façon, ni de manière systématique. Ils peuvent être réalisés de façon formelle mais ils sont le plus souvent informels.

Pour la prise en charge d'un ACR, de nombreux moyens sont mobilisés, le chariot d'urgence étant l'un de ces principaux moyens, il est donc nécessaire de le connaître afin de ne pas rajouter un surplus d'émotions.

Par conséquent, l'IDE1 nous explique que le chariot d'urgence est présent dans le service et qu'il est le premier élément montré aux nouveaux arrivants. La vérification de celui-ci s'effectue une fois par semaine à l'aide d'une « *check-list* ». C'est un chariot spécifique au service de chirurgie thoracique, elle pense que sa composition a été réalisée par les médecins et anesthésistes du service. Lorsqu'un arrêt cardio-respiratoire se produit dans ce service, c'est en général l'aide-soignante qui amène le chariot d'urgence dans la chambre. De plus, elle indique connaître au moins la moitié des éléments présents dans le chariot d'urgence.

L'IDE2 nous explique que tout le personnel du service connaît l'emplacement du chariot, qu'il est facilement accessible et disponible. Celui-ci est refait obligatoirement une fois par mois ainsi qu'à chaque réanimation. Il est également fait par les étudiants présents dans le service. Lors d'une situation d'urgence, il est amené dans la chambre par la première personne qui vient aider. Elle indique connaître l'utilisation de tous les éléments présents dans le chariot sauf le matériel médical. De plus, elle trouve que la « *présence d'un chariot d'urgence facilite et guide la prise en charge* ».

L'IDE3 nous explique qu'il y a plusieurs chariots d'urgence au sein du service, ceux-ci sont rangés de la même façon et refaits chaque matin. De plus, elle dit connaître le chariot par cœur « *il faut les connaître pour que ce soit des automatismes* »

L'IDE4 indique ne pas connaître tous les éléments présents dans le chariot d'urgence. Cela peut être selon lui un facteur limitant si l'administration de plusieurs drogues est nécessaire. De plus, c'était la première fois qu'il utilisait le chariot, mais il connaît l'emplacement de celui-ci. Il dit mieux connaître le chariot d'urgence que certains de ses collègues en raison de sa sortie de formation plus récente que ceux-ci.

Concernant le chariot d'urgence, chaque IDE nous confirme sa présence, son accessibilité et ils connaissent tous sa localisation dans le service. De plus, pour 2 IDE, il fait partie des éléments du service montré en priorité à tout nouvel arrivant. La réfection de celui-ci varie de une fois par jour à une fois par mois maximum.

Pour la connaissance et l'utilisation du matériel du chariot, 2 IDE connaissent la totalité du chariot, une connaît la moitié du matériel du chariot et nous confie ne pas connaître tous les éléments.

Il est donc possible pour nous de faire le lien entre nos recherches et ces données d'entretiens. Le chariot d'urgence semble toujours accessible, connu des professionnels bien que lors d'un entretien, un infirmier nous a confié ne pas connaître entièrement le contenu de celui-ci. L'HAS a établi des recommandations pour la constitution et la vérification du chariot mais nous constatons ici que c'est en réalité service dépendant. Nous pouvons également ressortir de cette confrontation l'importance de réaliser la vérification du chariot car cela participe à la connaissance de sa composition.

La communication est l'élément permettant de lier tous les éléments d'une réanimation. C'est pourquoi il est important d'analyser celle-ci afin de comprendre qu'elle est son impact.

En effet, l'IDE1 nous dit que la réanimation est rapide et qu'il y a une ambiance calme. Elle souligne le fait d'avoir une bonne compréhension des consignes et qu'une seule personne doit parler pour éviter le « brouhaha » et l'incompréhension. L'ASH alerte tout le service à l'aide d'un interphone qui prévient les soins intensifs et le bloc de chirurgie thoracique pour avoir du renfort. Cette infirmière évoque l'importance de répondre lorsqu'elle entend une prescription, une consigne.

L'IDE2 indique que pendant la réanimation, il y a des ordres simples et l'ambiance est calme. Le soignant qui découvre le patient en ACR peut alerter ses collègues en criant « réa » dans le couloir.

Pour l'IDE3, les consignes données doivent être fortes et audibles. Il n'y a pas de mot spécifique d'alerte, mais la procédure est d'appeler à l'aide en criant. Elle nous informe qu'il devrait y avoir un code verbal instauré pour tout l'établissement en cas de découverte d'ACR.

L'IDE4 nous explique que malgré le stress, l'ambiance est calme au sein de l'équipe. Grâce à la bonne connaissance de l'équipe, ils n'ont pas besoin de se parler pendant la RCP. Pour alerter l'équipe et les autres services, une procédure de bouton d'appel d'urgence est mise en place sur les téléphones et dans les couloirs.

Tous les professionnels disposent de moyens d'alerte pour prévenir leurs collègues. Ils se rejoignent sur l'importance d'une communication calme et claire lors de la réanimation. Les infirmiers mettent en avant l'importance de l'ambiance et de l'entente dans l'équipe, de par la connaissance de celle-ci.

Afin de réaliser une confrontation entre les données théoriques résultantes de nos recherches et nos entretiens, nous avons constaté que nous manquions de précisions dans les réponses des professionnels. Les infirmiers mettent en avant l'importance de la connaissance de l'équipe et ne mentionnent pas de problématique particulière en lien avec la communication. Ces professionnels nous ont expliqué également l'importance de la clarté dans les consignes et dans les prescriptions. Il y a aussi un lien qui est fait entre la communication et l'organisation de par la nécessité d'un calme et d'une seule personne donnant les consignes afin de ne pas perturber la bonne organisation de cette situation d'urgence. Nous pouvons donc mettre en lien ces données d'entretiens avec nos données théoriques, comme l'importance du feedback. (51)

La profession d'infirmière évoluant continuellement avec les réformes et la formation continue, il nous paraît donc important de faire un point sur la formation des IDE interrogés.

L'IDE1, diplômée depuis 4 ans, a fait l'AFGSU à l'école, elle ne l'a pas encore recyclé. Elle trouve que cet enseignement est un peu léger, car elle a juste appris à masser et à ventiler et elle pense qu'il serait bien de le recycler plus souvent. A son arrivée dans le service, elle a du faire une période aux soins intensifs de plusieurs mois afin d'améliorer ses connaissances.

L'IDE2 est diplômée depuis 15 ans, selon l'ancien référentiel. Lors de sa formation initiale, elle a bénéficié du module urgence transfusion réanimation. Elle a également été formée au Sauveteur Secouriste du Travail lors de son premier poste d'infirmière. Cet apprentissage lui a permis de se sentir plus en confiance à l'arrivée dans le service, mais elle ne trouve plus que cette formation soit adaptée à ce jour pour être infirmière. Elle souhaiterait faire des formations complémentaires, notamment sur le chariot d'urgence. Elle se sent suffisamment formée pour une réanimation, et elle dit s'être formée « sur le tas » avec ses collègues. Elle valorise la mise en place dans le service d'exercices de réanimation organisés par les médecins du SAMU. Il lui semble que pratiquer et échanger avec ses collègues est formateur.

L'IDE3, diplômée depuis 10 ans, a eu l'AFGSU à l'école d'infirmière. Elle a bénéficié en plus d'une formation spécifique pour pouvoir exercer à la SAUV. Elle se sent suffisamment formée pour les réanimations. Celle-ci a également fait des formations complémentaires organisées

par son service. Toutefois elle n'a pas eu de recyclage de son AFGSU. Elle trouve qu'une remise en question ainsi que des exercices en situation d'urgence devraient être obligatoires une fois par an.

L'IDE4 a été formé à l'AFGSU lors de ses études, il est diplômé depuis 5 ans. Il est prévu par son institution de réaliser le recyclage de sa formation durant cette année. La cadre de santé du service et cet infirmier pensent que le recyclage de l'AFGSU doit se faire tous les 5 ans. De plus, cet IDE trouve que cette formation est un bon apport théorique mais elle lui paraît peu réaliste. Il considère que 5 ans est une période trop longue pour un recyclage, car il pense que le manque de pratique ne lui permet pas de maintenir ses acquis. Il se sent suffisamment formé pour gérer une « réanimation simple » mais pas pour une réanimation qui serait compliquée. Cet infirmier n'a pas eu de formation complémentaire.

Concernant la formation, 3 infirmiers sur 4 ont le diplôme d'état du nouveau référentiel, ils ont donc la même base commune pour les soins d'urgence qui est l'AFGSU. L'IDE2 étant diplômée depuis 15 ans, dispose donc d'une formation différente. De plus celle-ci confond AFPS et AFGSU.

3 des infirmiers ont disposés de formations complémentaires, 2 d'entre elles ont pu réaliser des simulations de réanimation sur mannequin avec débriefing de l'exercice. Par ailleurs 1 IDE a reçu des formations spécifiques à son service d'urgence.

Tous les infirmiers ont plus de 4 années d'ancienneté, or ils n'ont pas suivi de recyclage à l'AFGSU. Cependant, 2 d'entre eux en bénéficieront cette année. Les 4 infirmiers sont d'accord pour dire que la période de recyclage est trop longue et que la formation est peu réaliste, mais utile du point de vue de la théorie. Ils se sentent tous suffisamment formés pour gérer une réanimation. Seul un IDE exprime son envie d'avoir davantage de formations.

Lors de nos recherches théoriques, nous avons eu connaissance de la recommandation de l'HAS concernant le recyclage de l'AFGSU tous les 4 ans. Nous pouvons donc confronter cette donnée avec le manque de recyclage dont nous ont fait part les professionnels lors de nos entretiens. Aussi, les infirmiers expriment, tout comme ce que nous avons évoqué lors de nos recherches, l'importance de la pratique, que ce soit en cas réel d'arrêt cardio-respiratoire mais aussi lors de simulations.

L'ACR étant une situation d'urgence vitale, cela implique un nombre important de soignants qui gravitent autour du patient. Une certaine organisation se met donc en place.

Lors de la réanimation que l'IDE1 a effectuée, il y avait 8 soignants dans la chambre. L'aide-soignante s'est occupée de dégager de l'espace dans la chambre et d'aller chercher le matériel. En service de chirurgie, l'anesthésiste est généralement le leader, désigné d'office par sa fonction, car il s'occupe de donner les consignes et les médicaments. Les patients étant déperfusés à la sortie des soins intensifs, l'infirmière éprouve un sentiment de perte de temps car il faut les perfuser à nouveau en cas d'ACR. Enfin, elle nous explique que pour elle, il peut être utile d'avoir un élément de reconnaissance, par les médecins par exemple, en lien avec la qualité du travail effectué.

L'IDE2 nous décrit que la réanimation s'est faite en répartissant les rôles entre les infirmières et les médecins, qui étaient rapidement sur place. Il y avait beaucoup de personnel dans la chambre. Pour elle 3 ou 4 personnes suffisent lors d'une réanimation, mais elle précise qu'il est important d'avoir des soignants disponibles à proximité. Généralement l'équipe du SAMU arrive rapidement et prend le relais. Un soignant se détache pour noter la totalité des actes réalisés lors de la prise en charge. De plus, elle met en avant l'importance de travailler avec les mêmes personnes « *les gestes sont toujours les mêmes, c'est l'environnement et le patient qui changent* ».

Dans la situation de l'IDE3, 6 soignants étaient présents. L'organisation était très rapide, d'où l'importance d'avoir un leader, et de savoir qui fait quoi. C'est l'IDE qui a pris en charge le patient initialement qui prend le rôle de leader.

Pour l'IDE4, des renforts ont été demandés dès la découverte de l'ACR et 6 soignants sont arrivés des autres services, cela représentait donc une dizaine de personnes autour du patient. Le médecin était déjà présent dans le service et l'arrivée du SMUR a été rapide, tout comme l'organisation de la réanimation au sein du service. Il n'y avait pas de leader définit, la répartition des rôles s'est faite instinctivement en fonction des aisances de chacun. Les soignants les moins à l'aise se sont mis en retrait et sont restés disponibles pour aller chercher du matériel. Cet infirmier connaît bien ses collègues et la façon dont ils gèrent leur stress en raison des urgences psy fréquentes.

Concernant l'organisation, les 4 IDE mettent en avant l'importance du leader dans l'équipe, mais selon le service, le leader n'est pas forcément le médecin. L'IDE 3 souligne « *il y a toujours un chef d'orchestre* »

2 des IDE expliquent avoir un renfort de personnel venant d'autres services lors d'une réanimation.

Les 4 IDE trouvent que c'est un facteur aidant de connaître son équipe et de travailler avec les mêmes personnes « *on sait comment chacun travail* », L'IDE 2 insiste sur l'importance de travailler régulièrement avec le même binôme. L'IDE 4 précise que la répartition des rôles a pu se faire naturellement, selon l'aisance de chacun pour les soins techniques

Tout comme dans nos recherches théoriques, les 4 soignants mettent en avant l'importance d'avoir un « leader » au sein de l'équipe. Les professionnels interrogés nous ont expliqué avoir une organisation et une répartition des rôles naturelles. C'est-à-dire que chaque professionnel sait ce qu'il a à faire, mais contrairement à nos données théoriques, rien n'est défini à l'avance par une fiche de poste ou une liste de tâches rattachée à une fonction.

Nous constatons comme nous l'avons évoqué dans notre cadre conceptuel que le groupe de professionnel agit dans un but commun, avec les mêmes valeurs. Aussi, ils mettent en avant l'importance de travailler avec les mêmes personnes. Nous n'avons pas mis cette notion en exergue malgré avoir cité la notion de cohésion de groupe. La reconnaissance, contrairement à nos données théoriques, ne semble pas avoir une place importante ni lors du déroulement de la RCP, ni après. Nous aurions pu appuyer sur cet élément afin de le faire davantage ressortir lors de nos entretiens. Enfin, nous n'avons pas suffisamment questionné le nombre de soignant « idéal » lors d'une RCP selon les professionnels pour comprendre à partir de quel moment le surnombre ou le manque d'effectif peut être un frein.

Dans cette organisation qui s'est mise en place, les médecins effectuent des prescriptions orales. Il faut donc gérer l'administration de traitement conjointement aux autres éléments intervenant dans une réanimation.

L'IDE1 estime que les prescriptions orales réalisées lors de la RCP sont claires. De plus, elle indique que « *cela arrive qu'elles soient re-prescrites après la réa mais pas tout le temps* ».

L'IDE 2 explique qu'en général, les prescriptions orales sont effectuées par le médecin du SMUR et non pas par les médecins du service. Par habitude, les infirmières du service préparent l'adrénaline afin de l'injecter directement une fois l'équipe du SAMU arrivée. Elle nous informe faire des transmissions écrites après une réanimation lorsqu'elle le peut mais ne vérifie pas si les médecins ont réalisé une prescription écrite. Elle verbalise : « *je pense qu'au niveau [...] légal, on est largement couvert du fait que c'est une réa* »

L'IDE 3 indique que les prescriptions orales sont nécessaires mais qu'elles peuvent représenter une source de difficulté quand cela « *manque de clarté* »

L'IDE 4 explique que les prescriptions orales peuvent également « manquer de clarté » comme par exemple lorsque le médecin ne précise pas les dosages d'adrénaline.

Concernant les prescriptions, il apparaît que celle-ci sont nécessaires mais qu'elles peuvent représenter une source de difficulté quand elles « manquent de clarté » selon 2 IDE. Une IDE précise que dans le service de chirurgie cardio thoracique, c'est une IDE des soins intensifs qui vient en aide à l'équipe et qui administre les traitements prescrits. Celle-ci ayant plus l'habitude, cela facilite la prise en charge.

Par ailleurs, 2 IDE abordent le sujet de la retranscription des prescriptions orales. En effet, il apparaît que la retranscription des actes IDE n'est pas systématiquement faite et il en va de même pour les prescriptions médicales. Une IDE évoque le fait de se sentir légalement couverte par une prescription uniquement orale du fait du contexte d'urgence.

En confrontant l'analyse des entretiens avec nos recherches théoriques, nous constatons qu'il est obligatoire qu'une prescription orale soit mise à l'écrit après la réanimation. La prescription orale suffit à la réalisation du soin sur le moment mais reste temporaire et ne remplace pas la prescription écrite. Nous constatons que chaque service, chaque professionnel n'a pas les mêmes habitudes et les mêmes regards face aux prescriptions orales et écrites ainsi que sur les risques et responsabilités qui en découlent. La précision dans la prescription orale est également très importante et ne doit pas être moins détaillée qu'une prescription écrite.

Par ailleurs, l'infirmier(e) étant parfois amenée à agir seule avant l'arrivée des médecins, nous avons décidé de les interroger sur les protocoles mis en vigueur.

C'est pourquoi l'IDE1 nous explique que dans son service, les infirmiers se sont réunis pour « rédiger des protocoles par rapport à l'arrêt cardio-respiratoire » pour 1 ou pour 2 infirmiers présents dans le service. (Annexe V page 52) Ces derniers ont été validés par les médecins du service, ils sont spécifiques à la pratique du service de chirurgie thoracique mais les infirmiers disposent également des protocoles généraux du CHRU.

L'IDE2 pense qu'il n'y a pas de protocole concernant l'arrêt cardio-respiratoire. En revanche, elle précise qu'il est primordial de connaître le numéro de la régulation médicale.

Selon l'IDE3, le service du SAU dispose de protocoles sur les ordinateurs qui sont accessibles de tous et notamment pour les médicaments.

L'IDE4 n'a pas connaissance des protocoles du service.

En synthèse, seulement 1 IDE sur les 4 connaît les protocoles du CHRU et ceux propres à son service.

Nous constatons donc un écart entre la théorie et la pratique concernant ces protocoles. En effet, il en existe un certain nombre mais ils sont parfois inexploités par la méconnaissance soit du contenu des documents, soit de leur existence. Cet écart est également accentué car chaque service possède ses propres protocoles internes, ce qui ne permet pas une uniformisation des pratiques soignantes. D'autre part, les professionnels qui utilisent ces protocoles trouvent une utilité à leur mise en place puisqu'ils permettent une prise en charge plus rapide et efficace.

Enfin, l'ACR étant une situation d'urgence vitale rare mais pouvant être vécu à plusieurs reprises dans la carrière d'un infirmier(e), il peut être intéressant de comparer l'expérience des professionnels.

L'IDE1 a 4 ans ½ d'expérience en tant qu'infirmière dans le même service. Pour elle, l'expérience est un apprentissage des situations passées même si cela ne devient jamais une habitude. Pour elle, le 1^{er} ACR est toujours impressionnant et des images peuvent marquer.

La 1^{ère} fois peut heurter les professionnels mais des automatismes se mettent en place, une anticipation peut être plus efficace avec le temps « on apprend toujours de ce qu'il s'est passé avant ».

L'IDE2 a 15 ans d'expérience en tant qu'infirmière dont 5 ans dans ce service, elle dit « *on sait avec qui on travaille, on se connaît entre nous, on sait comment on fonctionne* »

L'IDE3 a 10 ans d'expérience au SAU que ce soit en pédiatrie où avec les adultes. Elle évoque le fait que pour chaque situation, il peut y avoir des choses à analyser « *plus il y a de pratique, plus il y a de performance.* »

L'IDE4 a 5 ans d'expérience en service de psychiatrie. Il a conscience des améliorations possibles pour la prochaine réanimation, comme de « *réaliser des compressions plus profondes pour une meilleure efficacité* ». De plus, le manque de pratique de soins techniques peut selon lui mettre en difficulté certains soignants.

Aucun IDE n'a d'activités extra-professionnelles dans le domaine du secours.

Les 4 IDE pensent que l'expérience a un impact sur la prise en charge d'une réanimation cardio-pulmonaire. Ils voient tous des bénéfices à en tirer et une anticipation mieux gérée au fil du temps.

Tous les IDE interrogés ont de l'expérience dans le métier d'infirmiers car ce ne sont pas des jeunes diplômés. Leur expérience va de 4 ans et demi à 15 ans et leur moyenne d'exercice est de 8 ans ½.

Ici, la pratique confirme en partie la théorie. Nous pouvons confirmer notre théorie selon laquelle l'expérience permet d'acquérir des connaissances et compétences en fonction du vécu. C'est le cas ici pour les ACR de façon individuelle mais également collective. L'expérience fonde le professionnalisme car elle amène à mettre en pratique des connaissances qui ne sont qu'initialement théoriques. Cette expérience permet également d'avoir un regard critique sur la pratique. Dans ces entretiens, certains infirmiers démontrent bien que chaque situation est différente mais l'expérience d'autres ACR permettent parfois d'acquérir des automatismes et une certaine anticipation ou encore certains réflexes.

Ces entretiens mettent en avant des points communs mais également des divergences de points de vue sur certains facteurs. Les professionnels se rejoignent sur l'importance de la connaissance de l'équipe dans l'organisation de la prise en charge. Ils sont également en accord sur la gestion du stress en évoquant souvent l'absence de stress dit « négatif » pendant la RCP ainsi que l'utilité d'un débriefing quelle qu'en soit la forme. La formation est un sujet qui met en avant des éléments parfois différents en fonction des professionnels. Certains se sentent suffisamment formés et « armés » pour prendre en charge un ACR, d'autres estiment manquer de formation pratique ou d'approfondissement dans la formation initiale. Egalement, un recyclage des gestes et soins d'urgence est rarement mis en place. Enfin, les infirmiers se rejoignent pour exprimer l'impact de l'expérience de par l'acquisition d'automatismes et de réflexes durant les RCP qui pourront être mis en pratique sur d'autres prises en charge de ce type.

CONCLUSION ET PROBLEMATIQUE

La méthodologie utilisée pour le TIRSI que nous avons réalisé nous a permis dans un premier temps d'effectuer des recherches théoriques ainsi que d'exprimer nos représentations. Les entretiens avec les professionnels nous ont donné les moyens de confronter ces données avec des témoignages d'infirmiers. Nos recherches nous ont permis de mettre en avant plusieurs facteurs influençant la qualité dans la prise en charge de l'ACR en milieu hospitalier. Durant nos trois années d'études à l'IFPS, l'alternance entre cours théoriques et stages nous a permis d'acquérir des connaissances et des compétences en lien avec la réanimation. Les recherches approfondies que nous avons réalisées dans ce travail ont participé à enrichir nos connaissances. Ce travail nous a également permis d'opposer certaines de nos représentations à la réalité de terrain, mais aussi de nous conforter dans certains regards que nous apportions à cette prise en charge.

Concernant les facteurs, il apparaît donc que l'organisation et la connaissance de l'équipe ainsi que de son matériel jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire. Cela appuie donc les données que nous avons recueillies ainsi que nos représentations.

Durant notre formation en soins infirmiers, nous avons été sensibilisés à la démarche de qualité des soins. Le travail que nous avons présenté nous a permis, en plus de travailler en équipe, d'apporter un regard critique à la fois sur nos représentations, à la fois sur nos pratiques mais également sur les pratiques que nous pouvons observer. Nous avons souhaité utiliser ce regard critique pour nous projeter en tant que futur professionnel, en ayant déjà la démarche de participer à la qualité des soins. Le fait de pouvoir travailler en groupe pour la réalisation de notre TIRSI a aussi participé à la projection de notre future pratique en équipe.

Au vu de la conclusion que nous pouvons faire à la fois des données théoriques ainsi que des entretiens, nous constatons que nous manquons d'informations concernant l'importance de l'organisation de l'équipe et son impact dans le cas d'un ACR. Une problématique émerge donc de cette conclusion : « En quoi l'organisation de l'équipe lors d'un arrêt cardio-respiratoire impacte-elle la qualité de sa prise en charge ? »

En France, environ 137 arrêts cardio-respiratoires se produisent chaque jour, la fréquence de survenue d'un ACR reste donc faible mais nous devons être préparés à y faire face. Nous émettons l'hypothèse qu'au vu de la rareté de l'ACR, si l'équipe n'est pas organisée, à la fois sur le plan logistique et humain, la prise en charge sera plus complexe. Lors de la prise en charge de cette urgence vitale, les minutes sont comptées et tout ce qui peut être défini à l'avance n'est plus à mettre en place au moment critique, ce qui permet d'être réactif.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) https://www.cfrc.fr/documents/Arret_cardio-respiratoire-2.doc
- (2) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/r%C3%A9animation/15763>
- (3) http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=232%3Ales-urgences&catid=162%3Aorientations-conseils&Itemid=1059
- (4) <https://www.legifrance.gouv.fr>
- (5) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte>
- (6) <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article407>
- (7) <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
- (8) cours UE4.8S6 qualité des soins, évaluation des pratiques Mme JEANMOUGIN Chantal
- (9) <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad351778.pdf> p26
- (10) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins
- (11) https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf p12
- (12) https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf p36)
- (13) ADSP n°35 juillet 2001 page 29
- (14) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1780176/fr/sens-objectifs-et-enjeux-du-compte-qualite
- (15) Revue recherche en soins infirmier N°4, 2011 Page 83 et 84 « L’infirmière, porte d’accès aux soins, à la qualité et à la santé » Anne Marie – Mottaz et Martine Grainger.
- (16) Code de santé publique R4312-10
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913914&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141003>
- (17) <http://www.sfm.org/upload/consensus/834.pdf>
- (18) https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf
- (19) <http://www.sfm.org/upload/consensus/834.pdf>
- (20) <http://www.sfar.org/wp-content/uploads/2014/05/288-Urgences-Vitales-Intra-Hosp.pdf>
- (21) Profession infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d’état et à l’exercice de la profession, Berger-Levrault, 2015, p97-98
- (22) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2006/3/3/SANP0620923A/jo>
- (23) http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/1006/ste_20100006_0100_0102.pdf
- (24) http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_19090.pdf
- (25) http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-06/ste_20100006_0100_0102.pdf

- (26) <http://solidarites-sante.gouv.fr>
- (27) <https://www.infcj.fr/>
- (28) <https://www.chu-besancon.fr/formation-emploi/le-chru-organisme-de-formation-continue.html>
- (29) Cours formateur Mme Andrey-Prost UE1.1 Psychologie Sociologie Anthropologie
- (30) La revue de l'infirmière, novembre 2016, page 16-17
- (31) MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. Pratiquer : La relation soignant-soigné. Lamarre, 2014, 201p.
- (32) <http://www.cmpc.ch/pdf/intro-pratique-detente-sys.pdf>
- (33) Cours formateur Mme Andrey-Prost UE1.1 S1 Psychologie Sociologie Anthropologie
- (34) SERVANT Dominique. Le stress au travail. Issy-les-molineaux : Ed.Elsevier masson,2013, 144p. p4
- (35) <http://www.cmpc.ch/pdf/intro-pratique-detente-sys.pdf>
- (36)<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9quipe/30690?q=equipe#30605>
- (37) <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/leader/46518>
- (38) <http://www.equipe-gagnante.com/cohesion-equipe/les-10-cles-dune-cohesion-dequipe-ideale/>
- (39) <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf> p14
- (40) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours
- (41) https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Circulaire_DGS_SQ2_DH_DAS_n_99-84_du_11_fevrier_1999_proto.pdf
- (42) Soins n°721 décembre 2007 page 57/58 « le chariot d'urgence »
- (43) <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article407>
- (44)<https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/infirmier-urgence>
- (45) <http://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience>
- (46)<https://www.rhinfo.com/thematiques/developpement-professionnel/tirer-les-lecons-de-l'experience>
- (47) <https://dicophilo.fr/definition/experience/>
- (48) P. BENNER. De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Edition Masson, 2003.
- (49) Fiche communication 4.2 S2 soins relationnels Andrey prost
- (50) Les essentiels en IFSI, soins relationnels, soins palliatifs, page 2-63
- (51) Objectif Soins – Les soignants face à l'arrêt cardio-respiratoire. Avril 2004 N°125 p.24-25

ANNEXES

Annexe I : Protocoles gestes d'urgence CHRU Besançon

Annexe II : Recommandations concernant le chariot d'urgence dans les services de soins CHRU Besançon

Annexe III : Modèle d'acquisition des compétences de Stuart et Hubert Dreyfus

Annexe IV : Questionnaire d'entretiens infirmiers

Annexe V : Procédure arrêt cardio respiratoire en Chirurgie Thoracique

Annexe I

 CHRU Besançon GROUPE HOSPITALIER REGIONAL FRANCOCOMTOIS Groupe EPP arrêt cardiaque	CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE VITALE		015 EPP 210 IN01 002 Version 1 Page 1 / 1
	INSTRUCTION		

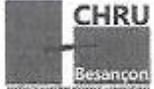
Concerne : L'ensemble des professionnels des services de soins

<i>Vous êtes témoin d'une urgence vitale</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Appelez à l'aide puis faites le 815</i> <i>pour prévenir l'équipe d'intervention intra-hospitalière</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Message à transmettre :</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Précisez le lieu (bâtiment/ étage/ service/ n° chambre)</i> – <i>Précisez s'il s'agit d'un arrêt cardiaque</i> – <i>Précisez s'il s'agit d'un autre type d'urgence et son caractère vital</i>

<i>S'il s'agit d'un arrêt cardiaque</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Faites apporter</i> <i>le chariot d'urgence et le défibrillateur</i> • <i>Commencez immédiatement</i> <i>le massage cardiaque</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Faciliter l'accès au lit</i>

Cette instruction doit être affichée systématiquement sur le chariot d'urgence

N° de la procédure associée : 015 EPP 210 M001 001	Groupe EPP Arrêt Cardiaque	le : 20 Février 2015
Liste de diffusion : Cadres de santé des services de soins (chariot d'urgence) - logiciel de gestion documentaire GESQUAL		

 <p>CHRU Besançon Groupe EPP arrêt cardiaque</p>	PREMIERS GESTES D'URGENCE EN CAS D'ARRÊT CARDIAQUE		015 EPP 210 IN01 003 Version 1 Page 1 / 1
	INSTRUCTION		

Concerne : L'ensemble des professionnels des services de soins

En présence d'un patient inconscient qui ne réagit pas à la voix et au toucher

Libérez les voies aériennes pour vérifier la respiration



- Vérifiez l'absence de corps étranger, hyper-extension de la tête, subluxation de la mâchoire inférieure

Débutez le massage cardiaque externe / Ventilez



- Patient installé à plat en décubitus dorsal, sur plan dur dès que possible (planche de massage)
- **Massage cardiaque externe 100/min**
- Si 2 personnes présentes, **alternez 30 MCE avec 2 insufflations en se relayant toutes les deux minutes** jusqu'à l'arrivée de l'équipe d'intervention
- Ventilation artificielle avec apport d'oxygène 15 l/min avec ballon type Ambu et masque facial

Défibrillez



- **Installez le défibrillateur et défibrillez si indiqué**

Cette instruction doit être affichée systématiquement sur le chariot d'urgence

N° du MO associé : 015 EPP 210 M001 001	Rédigé par : Groupe EPP Arrêt Cardiaque	le : 20 Février 2015
Liste de diffusion : Cadres de santé des services de soins. (chariot d'urgence) - logiciel de gestion documentaire GESQUAL		

 CHRU Besançon GROUPE EPP ARRÊT CARDIAQUE Groupe EPP arrêt cardiaque	TRACABILITE DE L'ALERTE ET DE LA PRISE EN CHARGE IMMEDIATE D'UN ARRÊT CARDIAQUE		015 EPP 210 ER01 003 Version 1 Page 1 / 1
	ENREGISTREMENT		

Service : N° de l'UF :

Date :/...../.....

Étiquette du patient

TRAÇABILITE DE L'ALERTE A L'EQUIPE D'INTERVENTION INTRA-HOSPITALIERE	
Heure de l'appel au 815 :	
Nom du témoin ayant donné l'alerte :	
Heure d'arrivée de l'équipe d'intervention :	
TRAÇABILITE DE LA REANIMATION CARDIOPULMONAIRE (RCP)	
Noms des intervenants dans le service	Médecins :
	IDE :
Heure de début de la RCP :	
Défibrillation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	DSA : <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	
heure du premier choc :	Nombre de chocs :
Durée de la RCP :	
Evolution/devenir du patient :	<input type="checkbox"/> même service <input type="checkbox"/> transfert en réanimation <input type="checkbox"/> décès
INFORMATION DE LA FAMILLE	
Famille prévenue <input type="checkbox"/> Oui Si oui Par qui :	
<input type="checkbox"/> Non	A quelle heure :

**Pour toute utilisation du DSA, transmettre la carte mémoire sous enveloppe au Docteur LAMBERT service des urgences*

N° de la procédure associée : 015 EPP 210 M001 001	Rédigé par : Groupe EPP Arrêt Cardiaque	le : 20 Février 2015
Liste de diffusion : Cadres de santé des services de soins (chariot d'urgence) - logiciel de gestion documentaire GESQUAL		

Annexe II

 CHRU Besançon Groupe EPP arrêt cardiaque	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE CHARIOT D'URGENCE DANS LES SERVICES DE SOINS		015 EPP 210 MO01 001 Version 1 Page 1 / 2
	MODE OPÉRATOIRE		

1 – Concerne : IDE, sages-femmes, cadres de santé, médecins des services de soins

2 – Application :

2-1 Objectifs et traitement des écarts

Le chariot d'urgence est utilisé pour le traitement en urgence des défaillances vitales, en attente de l'intervention de l'équipe dédiée de prise en charge des urgences médicales intra-hospitalières.

Le matériel et les médicaments nécessaires doivent être disponibles immédiatement.

Le matériel doit être prêt à tout moment et d'accès facile.

En aucun cas, on ne se sert dans le chariot d'urgence en dehors de l'urgence (mettre obligatoirement les scellés permettant de fermer le chariot après chaque vérification ou après l'utilisation).

Tout dysfonctionnement dans la prise en charge d'un patient doit être signalé par l'envoi d'une fiche de signalement d'évènements indésirables relatant la nature de l'incident.

2-2 Entretien/ Vérification

- Le chariot doit être vérifié régulièrement, **au minimum une fois par mois**.
- **Un planning prévisionnel** doit être organisé pour que l'ensemble des IDE participe à la vérification du chariot et ait une bonne connaissance de son fonctionnement. Ce planning est sous la responsabilité du cadre de santé de l'unité.
- Le chariot doit être vérifié systématiquement après utilisation et le matériel utilisé remplacé. **Dater et signer la feuille d'émargement prévue à cet effet systématiquement après vérification.**
- **Vérifier les dates de péremption** : les produits se périssant dans les 6 mois doivent être renvoyés à la pharmacie et remplacés.
- **Vérifier le bon fonctionnement du matériel** : matériel d'aspiration prêt à être branché sur le vide et à fonctionner, oxygène, lumière du laryngoscope.
- **Vérifier le fonctionnement du défibrillateur** (cf. instruction « contrôle et entretien du défibrillateur »).

N° de la procédure associée : Néant			
REDACTION 20/02/2015 Prénom – Nom (s) : Groupe EPP arrêt cardiaque Dr C. Lambert Dr V. de Grivel	VERIFICATION 13/04/2015 Prénom – Nom : Dr V. de Grivel – Responsable Qualité	VALIDATION 14/04/2015 Prénom – Nom (s) : Dr C. Lambert – Responsable du CESU C Faruch - Cadre supérieur pôle anesthésiologie/ Réanimation chirurgicale	APPROBATION 17/04/2015 Prénom – Nom : Pr G. Capellier - Chef de pôle urgence/réanimation médicale Mme R. Colombo Coordinatrice des Soins
Liste de diffusion : Cadres de santé des services de soins (chariot d'urgence), Services de réanimation, Logiciel de gestion documentaire GESQUAL, Responsable du CESU			

 <p>CHRU Besançon Groupe EPP arrêt cardiaque</p>	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE CHARIOT D'URGENCE DANS LES SERVICES DE SOINS		015 EPP 210 MO01 001 Version 1 Page 2 / 2
	MODE OPÉRATOIRE		

Le défibrillateur doit être facilement accessible, en bon état de fonctionnement en permanence. Il doit être mis en charge sur le secteur en fonction du modèle en dehors des périodes d'utilisation. Il doit être nettoyé après chaque utilisation.

Dans les services ayant **un DSA ou un défibrillateur manuel avec option DSA**, il est indispensable que les électrodes de défibrillation soient disponibles et systématiquement remplacées en cas d'utilisation ou de péremption.

Toute utilisation du DSA doit être signalée en adressant la carte mémoire au service des urgences (Dr Lambert).

2-3 Mise à disposition des documents sur le chariot d'urgence

- **Affichage des instructions : « Conduite à tenir en cas d'urgences vitales » et « Premiers gestes d'urgence en cas d'arrêt cardiaque ».**

Ces instructions doivent être systématiquement affichées, en évidence sur le chariot

Ces instructions doivent être connues par l'ensemble des professionnels du service

- **Liste des documents du chariot d'urgence**

L'ensemble des documents devant être accessibles aux professionnels sur le chariot est répertorié dans la fiche Documents associés « Chariot d'urgence ».
Tous ces documents sont disponibles dans le logiciel GESQUAL.

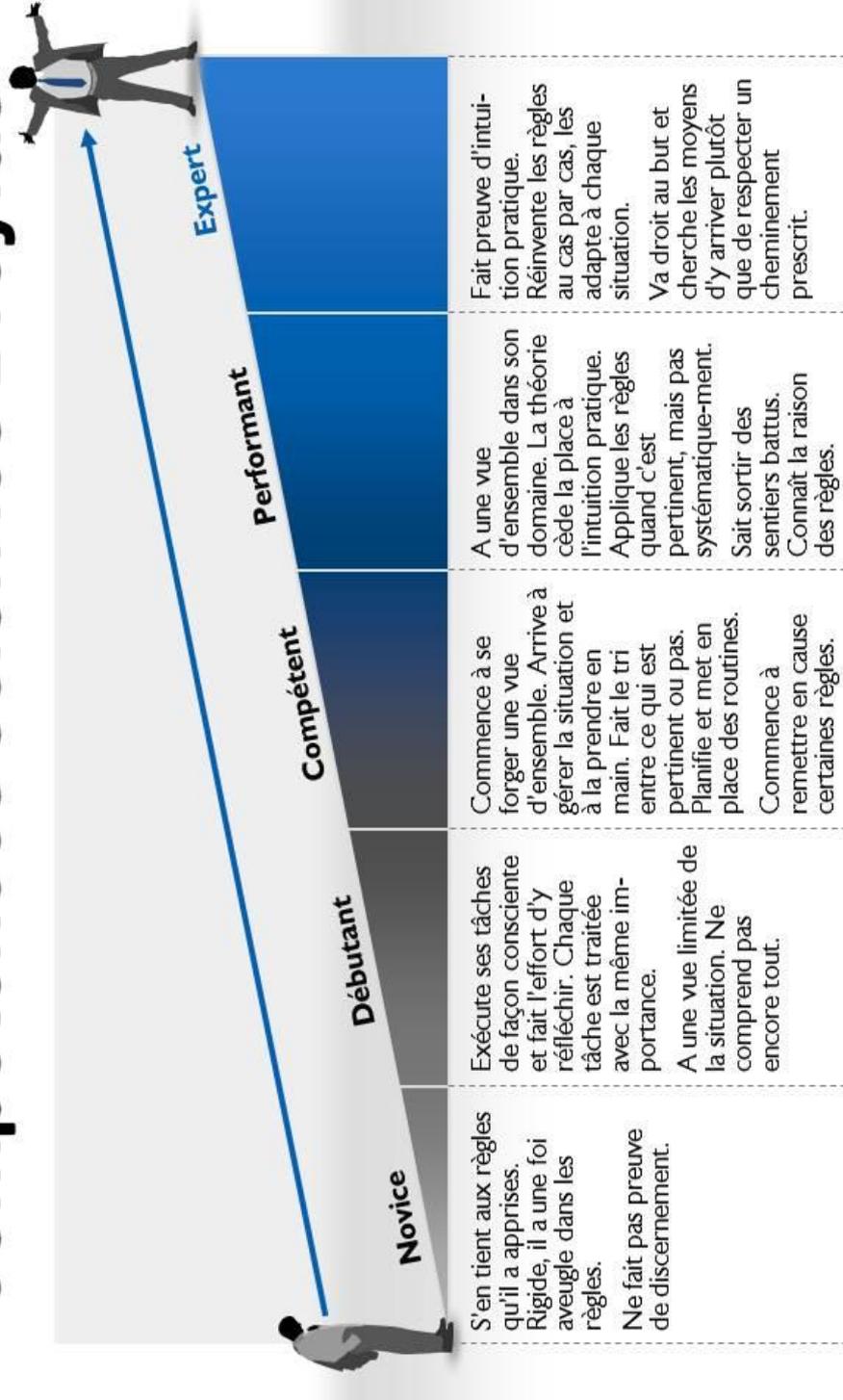
Ces documents doivent être tenus à jour par le cadre de santé du service et disponibles dans le porte folio « Guide chariot d'urgence services de soins ».

Ce dernier doit s'assurer que les professionnels de soins en ont pris connaissance. (en particulier les nouveaux agents)

2- 4 Traçabilité de l'alerte et de la prise en charge

- **A chaque prise en charge → remplir systématiquement la fiche dupliquée de « Traçabilité de l'alerte et de la prise en charge immédiate d'un arrêt cardiaque par l'équipe du service de soins ».**
- Cette fiche doit toujours être disponible dans le porte folio (Ces fiches sont à commander sur APPRODI)
- Un exemplaire suit le patient en **réanimation** dans le dossier patient
- Un exemplaire est **gardé dans le service** (emplacement à définir par chaque équipe).
- Chaque année, un bilan/service à visée épidémiologique sera effectué et renvoyé à la cellule qualité gestion des risques.

5 stades de développement des compétences selon les Dreyfus



COPYRIGHT 2013, SERGE K. LEVAN, TOUS DROITS RÉSERVÉS.

Annexe IV

Questionnaire

Services interrogés :

Chirurgie : thoracique

Médecine : médecine interne

Psychiatrie : Les magnolias

Urgences médicales

Une infirmière qui a vécu au minimum un arrêt cardiorespiratoire avec réanimation dans l'année. (Arrêt cardiorespiratoire imprévu). Entretien d'environ 1h, anonyme et destruction des enregistrements après retranscription.

Présentation :

Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

Et depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

Quel est votre parcours professionnel en tant qu'infirmière ?

- Age

Avez-vous une activité extra-professionnelle en lien avec des situations d'urgence ?

Si oui, laquelle ? Depuis combien de temps ?

Situation :

Pouvez-vous nous décrire une situation de réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire, à laquelle vous avez été confronté ?

- Nombre de soignants
- Professionnels présents
- Durée de la réanimation
- Protocoles (affiché et connu ? utilisé ?)
- Chariot d'urgence (disponible ? localisation ?)

Connaissez-vous l'utilisation de chaque matériel/traitement présent dans le chariot d'urgence ?

Savez-vous où se situe le chariot d'urgence ? Est-il accessible ?

A quelle fréquence faites-vous la vérification du chariot d'urgence ?

Comment avez-vous vécu cette situation ?

- Place des émotions
- Quel impact a le stress sur vous ? Est-ce bénéfique ? Comment le gérer-vous ?
- Après la réanimation avez-vous un débriefing en équipe ? Si oui, comment cela se passe-t-il ?
- Selon-vous quelles sont les ressources personnelles pour tendre vers une réanimation de qualité ?

Qu'est-ce qui vous a aidé ? Qu'est-ce qui vous a mis en difficulté ?

- Comment cela s'est organisé ?
- Rôle de chacun ? (répartition des rôles (leader/suiveur) et actions mises en place ; rôle prévu à l'avance ?)
- Connaissance et entente de l'équipe ? Mode de communication (calme, énervement ...) ?
- Quel est l'impact (positif ou négatif) de vos précédentes réanimations sur votre prise en charge actuelle d'un arrêt cardio-respiratoire ?
- Comment décrivez-vous une prise en charge de qualité lors d'une réanimation cardio-pulmonaire ? Quels facteurs entrent en jeu selon vous ?
- Prescription

Que pensez-vous des prescriptions orales lors de la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire ?

- Formation professionnelle

De quand date votre dernier recyclage AFGSU ?

Avez-vous eu des formations complémentaires à l'AFGSU par l'hôpital ?

Que vous ont apporté ces formations (AFGSU et autres) et quelles sont leurs limites ?

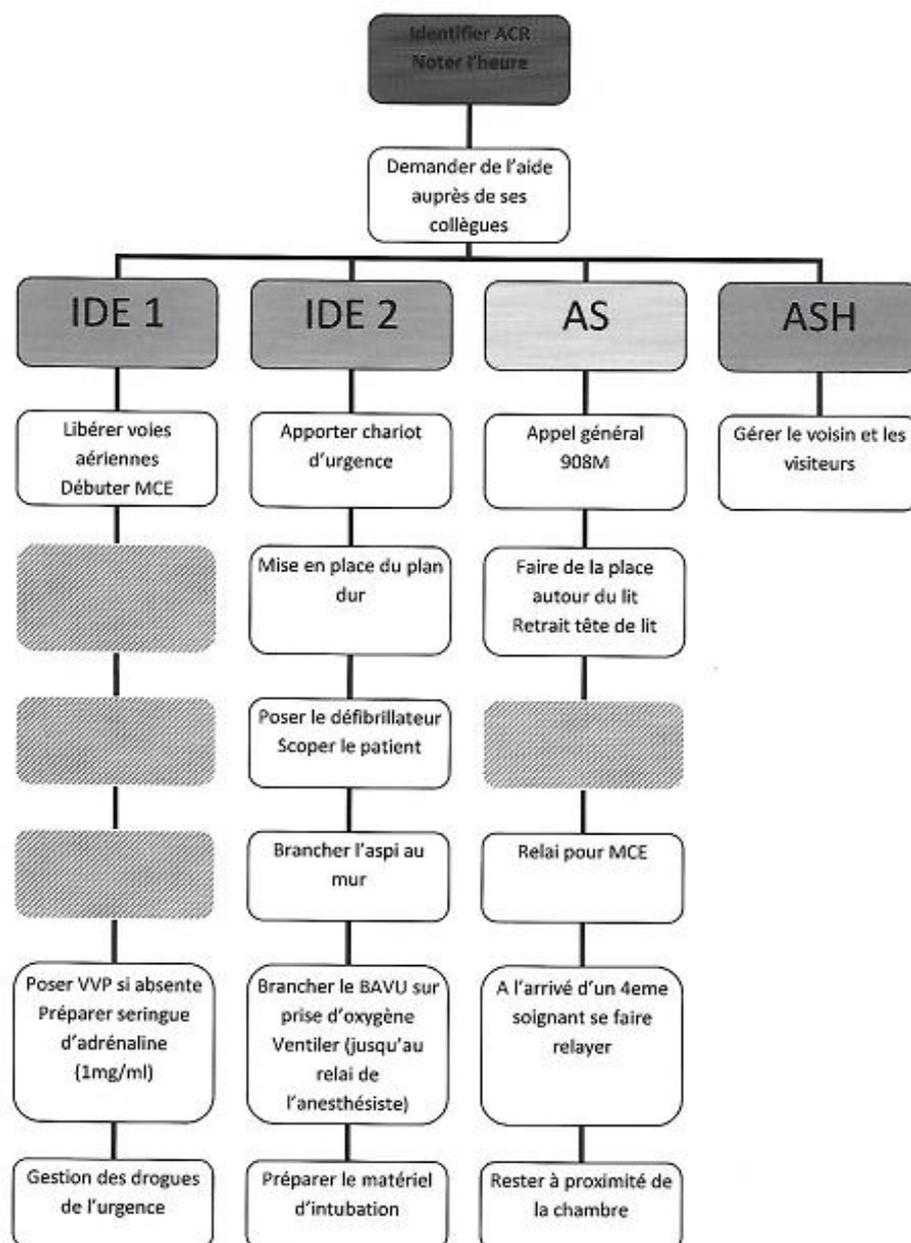
Vous sentez-vous suffisamment formé pour faire face à un arrêt cardio-respiratoire ?

Qui prévenez-vous et par quels moyens lors d'un arrêt cardio-respiratoire ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe V

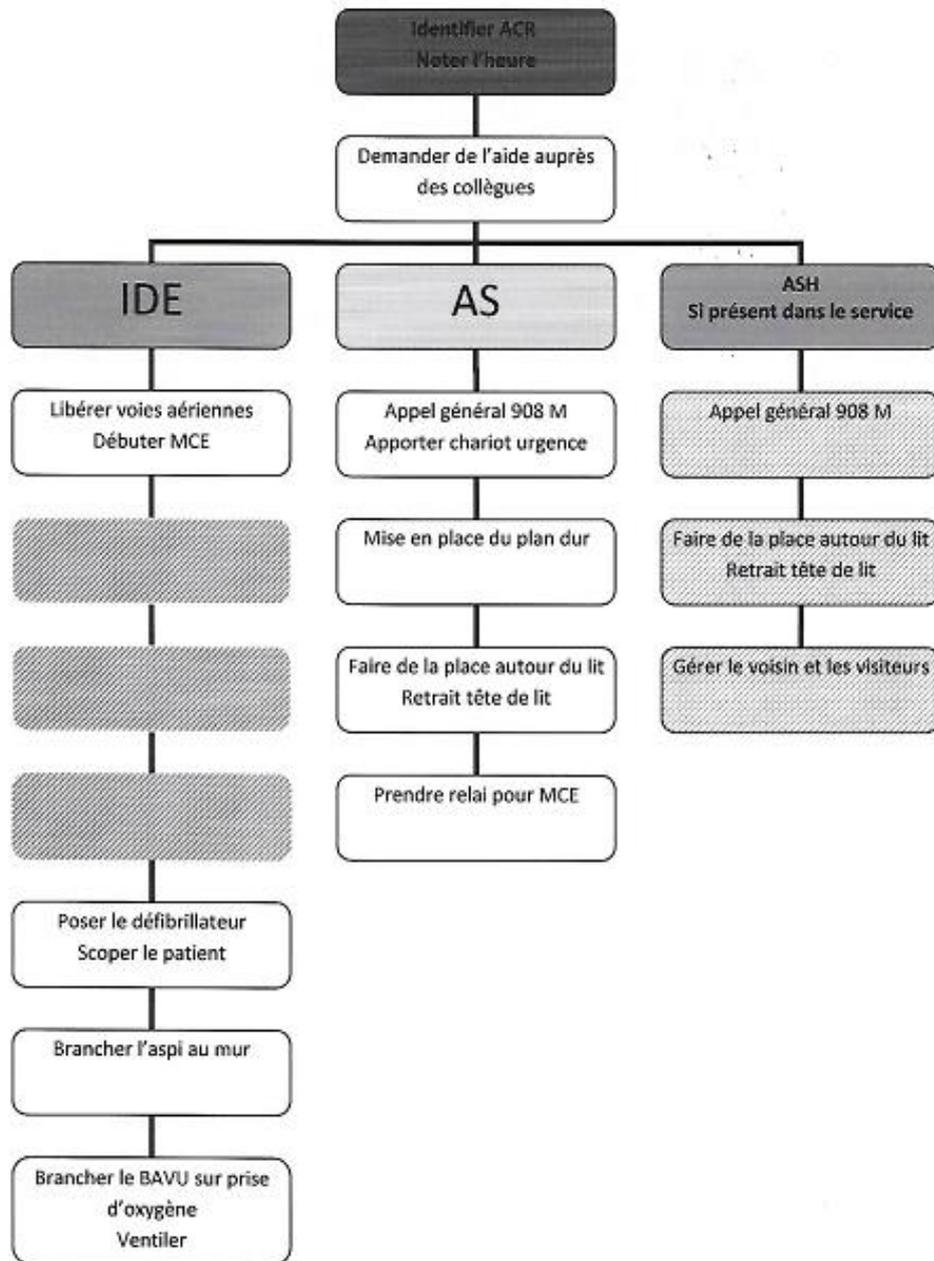
PROCEDURE ARRET CARDIO RESPIRATOIRE En présence de 3 soignants (2 IDE/ 1 AS)



Si suspicion de tamponnade par le médecin, sortir un bistouri et ôte agrafes le plus rapidement possible.

PROCEDURE ARRET CARDIO RESPIRATOIRE

En présence de 2 soignants (1 IDE/ 1 AS)



Si suspicion de tamponnade par le médecin, sortir un bistouri et ôte agrafes le plus rapidement possible.

A l'arrivée de l'équipe de réanimation, suivre leurs consignes :

- préparation du matériel d'intubation
- pose VVP
- préparer la seringue d'adrénaline (1mg/ml)

RESUME / ABSTRACT

Centre Hospitalier Universitaire de Besançon

I.F.P.S. – UF IDE

44, chemin du Sanatorium

25030 BESANCON CEDEX

Titre du mémoire : Urgence et qualité des soins, une réalité ?

Prénom NOM de l'étudiant(e) :

Année de formation : 2015-2018

Alice BARBEROT, Maud COMAS, Éric DUVIVIER-THIBAUT, Anne GIROMAGNY

Résumé du mémoire

Nous sommes un groupe de quatre étudiants infirmiers en troisième année travaillant sur la prise en charge d'une réanimation en service hospitalier. Nous avons choisi de traiter ce sujet car notre projet professionnel se dirige vers les services d'urgences. Notre question de départ est : « Quels sont les facteurs influençant la qualité de la prise en charge infirmière lors d'un arrêt cardio-respiratoire en milieu hospitalier ? »

Après avoir effectué des recherches théoriques (livres, revues, site internet) et afin de répondre à nos questionnements, nous avons interrogés des professionnels de santé dans différents services, ayant déjà vécu une réanimation cardio-pulmonaire, grâce à un questionnaire que nous avons rédigé.

Nous avons donc pu constater que lorsqu'un infirmier réalise un massage cardiaque, de nombreux facteurs sont à prendre en compte dans la prise en charge globale comme la connaissance du chariot d'urgence, la formation (AFGSU), la communication...

Cette situation d'urgence correspond à une prise en charge médicale et répond donc à un cadre législatif. La notion d'organisation et de qualité des soins étaient pour nous très intéressantes dans les soins d'urgences.

Après avoir comparé nos recherches théoriques aux éléments de terrain, nous avons constaté un manque de formation, l'importance d'un leader et de la connaissance de l'équipe.

Ce projet nous a permis de réfléchir en équipe et de s'initier à un travail de recherche. Nous nous sommes projetés en tant que futur soignant et cela nous a conforté dans notre projet professionnel.

Abstract

We are a group of four nursing students in our third year. We are working on the management of resuscitation in hospital services. We chose to treat this subject because we have the professional project of working in emergency services. Our initial question is : « What are the factors which influence the quality of nursing care during heart failure in a hospital ? »

After some theoretical research (books, journals, websites, ...) and to answer our questions, we interviewed health professionals in different departments with a survey written by ourselves.

We observed that when a nurse performs a heart massage, many factors must be considered in the overall care. For example, the knowledge of the emergency trolley and protocols, the training (certificate of training in gestures and emergency care) and communication are some of these factors.

This emergency situation corresponds to medical care and therefore meets a legislative framework. The notion of organization of care and healthcare quality was very important for us in emergency care.

After comparing our theoretical research together with the nurse's answers, we noticed a lack of training. We also understood the importance of having a leader in a team where members know each other.

This project allowed us to think as a team and to learn about a research project. We projected ourselves as a future caregiver and this reinforced us in our professional project.

Mots clés : heart massage, urgent care, cardiopulmonary resuscitation (CPR), emergency trolley, organization of care, healthcare quality, certificate of training in gestures and emergency care, heart failure, legislative framework, medical care