

COLLABORATION INFIRMIER/AIDE-SOIGNANT

Nathalie Roty (IDE), Hakima El Yaghmouri (AS), Dr Nyunga Martine.

Service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Roubaix.

10^{ème} journée de formation des infirmiers de réanimation et des services de soins continus

CREUNPdC

Douai, 9 octobre 2014

INTRODUCTION

Culture et sécurité

Un enjeu pour le système de santé.

Elle se définit par la société européenne pour la qualité des soins comme « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels(...)qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients »

Selon la Haute autorité de santé:

« L'équipe conjugue ses actions afin de fournir le bon soin et service, au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel »

Selon la SRLF, en Réanimation, la pratique au quotidien du personnel paramédical est basée sur les connaissances et la gestion de soins de haute technicité. Les formations initiales IDE et AS n'étant pas approfondies, il est nécessaire de les parfaire par un processus d'accompagnement et d'adaptation à l'emploi.

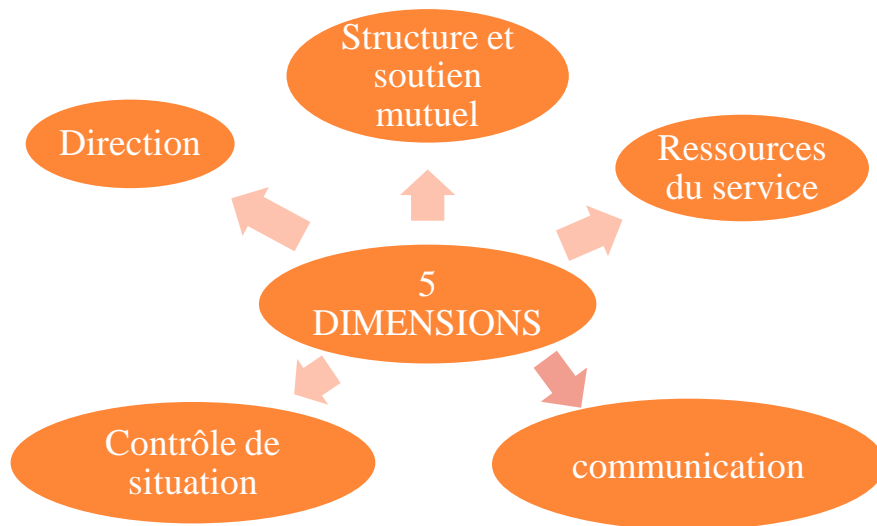
CH Roubaix

Travail en équipe

ETAT DES LIEUX DU TRAVAIL EN ÉQUIPE AU CH DE ROUBAIX (1)

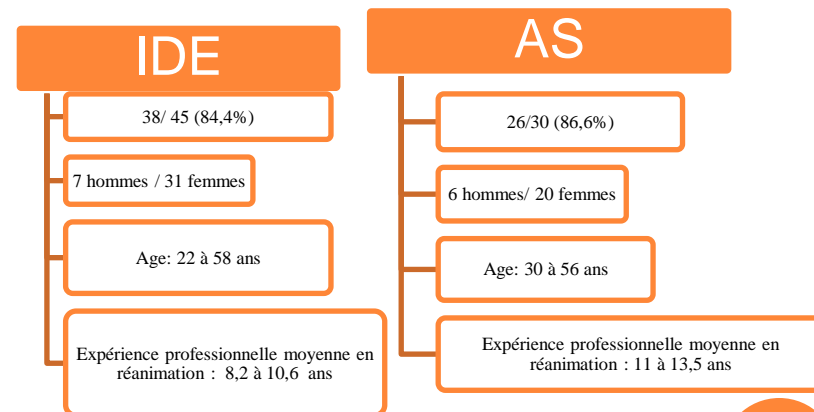
1- Méthodes: utilisation d'un questionnaire

- Date de réalisation : juin 2013
- Lieu: service de réanimation polyvalente
 - 1 unité médicale de 17 lits,
 - 1 unité chirurgicale de 8 lits.
- Objectifs : définir le profil du service :



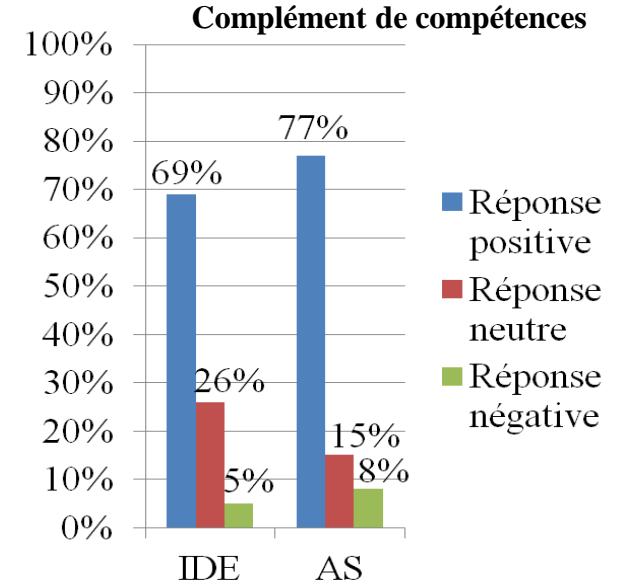
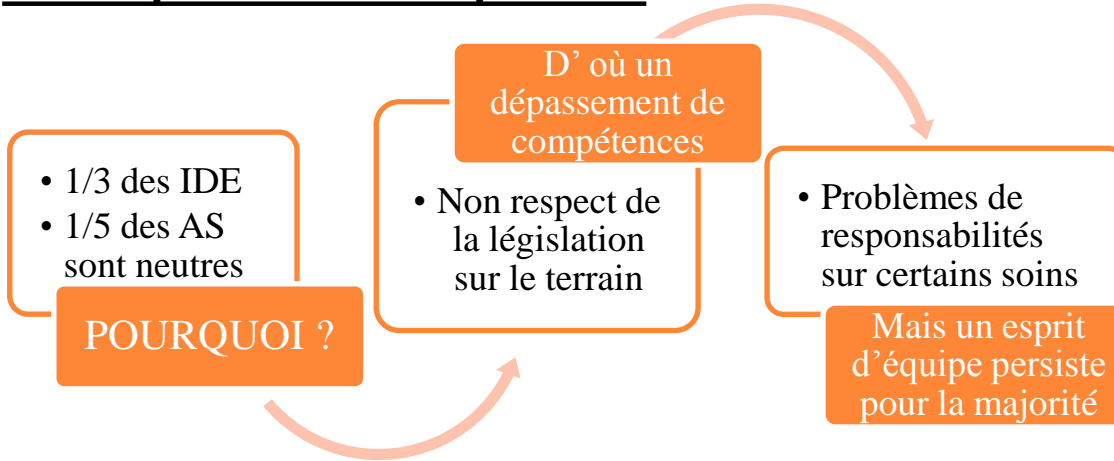
2- Résultats : profil de l'équipe soignante

- ❖ 7 médecins
- ❖ 2 cadres de santé
- ❖ L'équipe paramédicale:

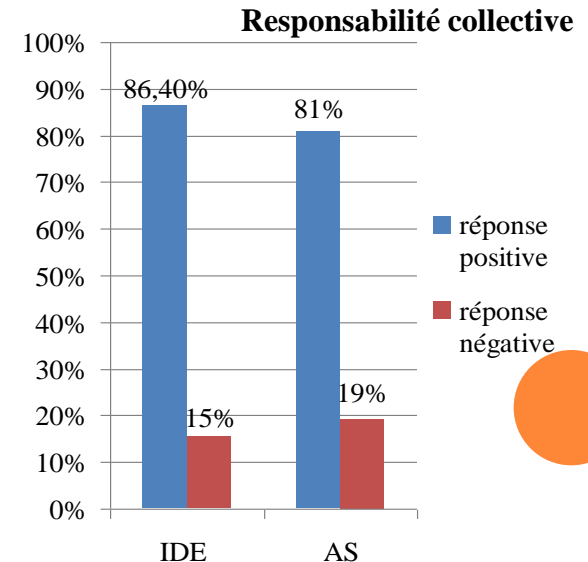
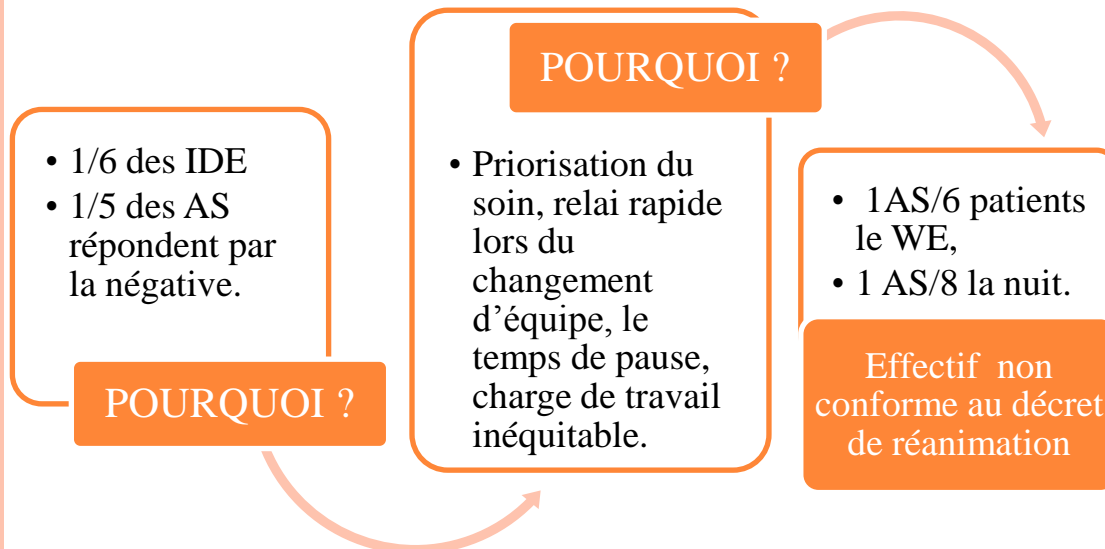


DIMENSION STRUCTURE ET SOUTIEN MUTUEL

A- complément de compétences



B-Responsabilité collective



ETAT DES LIEUX(3)

UTILISATION DES RESSOURCES DU SERVICE

Matériel ergonomique insuffisant
(kiné, lève-malade, fauteuil-
coquille, coussins anti-escarres).

en évolution depuis 1 an

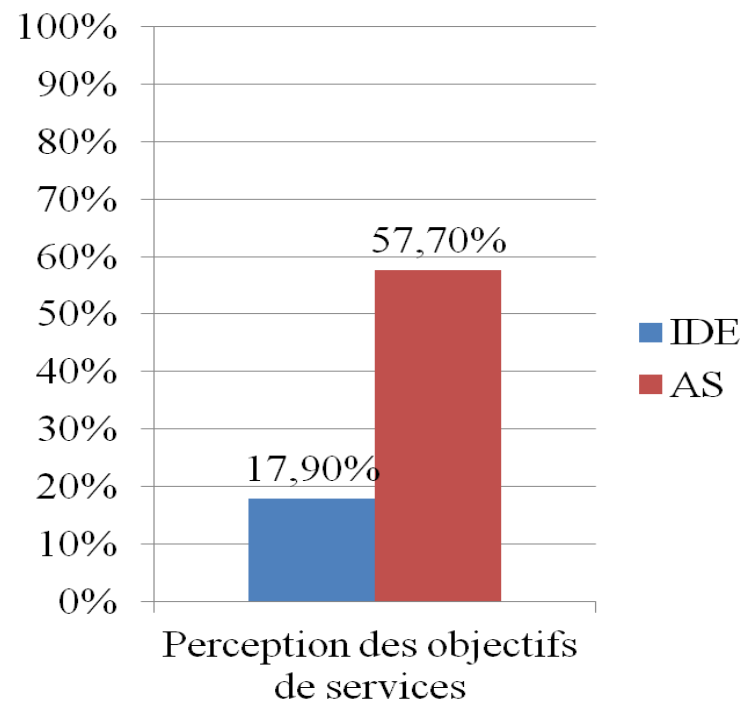


Insuffisance de restitution des
informations des différents groupes
de travail (hygiène, nutrition,
éthique, escarres).

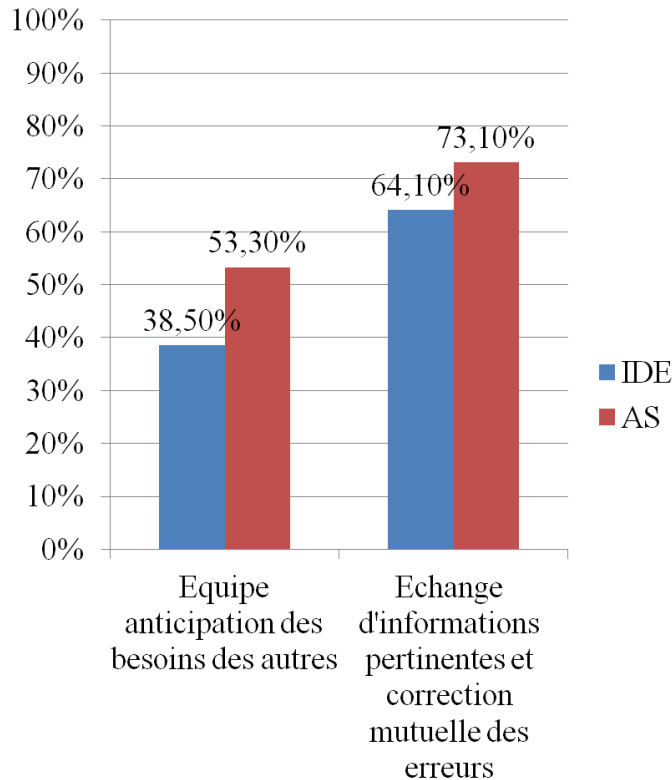
Mauvaise perception des objectifs
de service

Différence majeure de l'organisation
du travail entre les 2 unités
(matériel, travail en binôme)

Information insuffisante de l'équipe
paramédicale lors de participation à
des études multicentriques
(Réadiab, Ivnictus, Best cuff...)

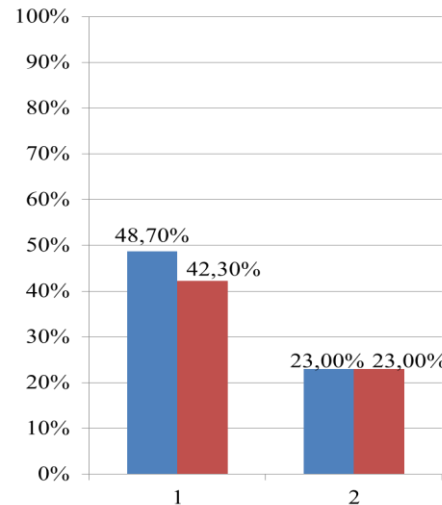
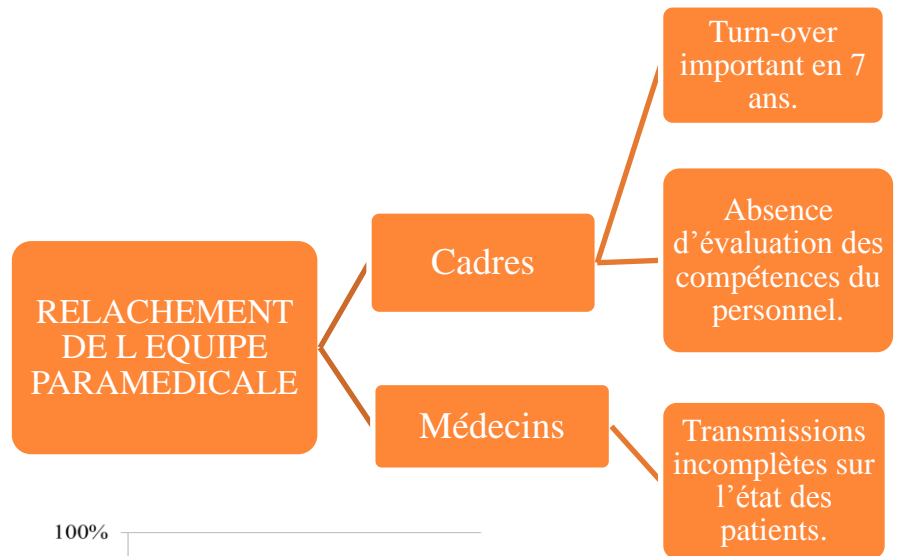


Contrôle de situation



Diminution des fuites d'infos par rapport à la PEC et la sécurité du patient ?

Dimension direction



1...disent ne pas être sollicités par le cadre lors de décisions, après un incident ...
 2...estiment le cadre capable de générer une bonne ambiance.

ÉTAT DES LIEUX (5)

DIMENSION COMMUNICATION

Entre les paramédicaux :

- Redondance d'information pour les IDE,
- Absence d'un diagramme de soins adapté à la réa pour les AS.

Entre les paramédicaux et les cadres :

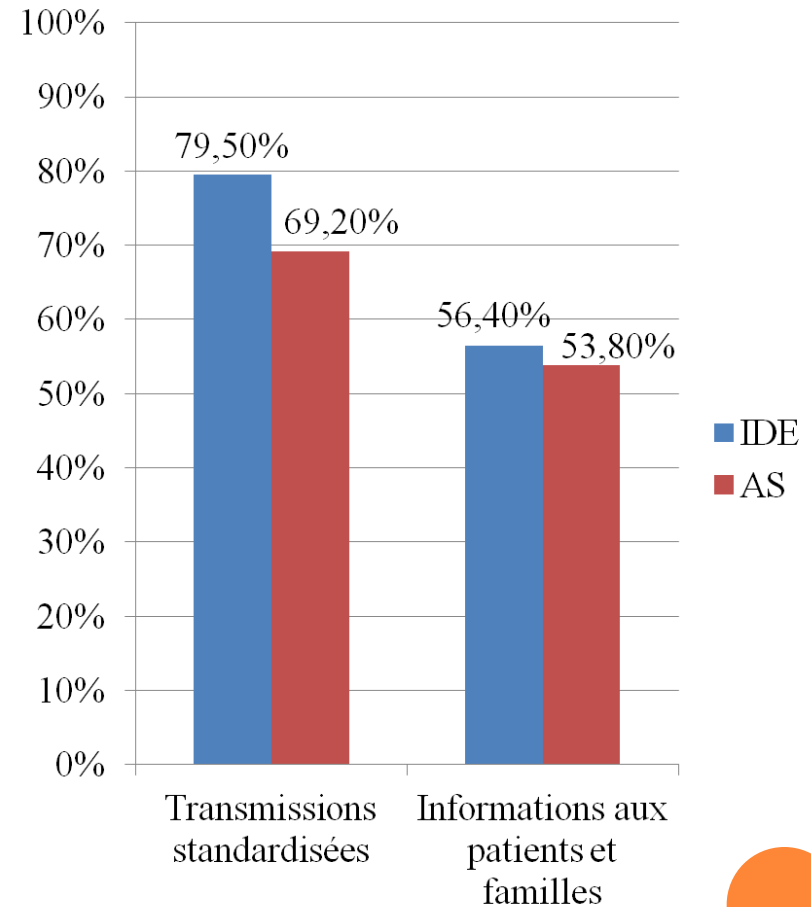
manque d'information par rapport aux nouveautés du service (matériel, protocoles)

Entre les paramédicaux et les médecins :

parfois absence de collégialité dans la PEC du patient.

Entre l'ensemble du personnel et les familles

Soignant: difficulté à percevoir l'ampleur du désarroi du patient, de la famille →
Familles: adhésion difficile au règlement intérieur du service



MESURES CORRECTRICES

RESPONSABILITE COLLECTIVE (a)

Prise en charge d'une entrée

- Désigner l'entrée dès l'annonce par le médecin,
- Désigner l'équipe dédiée (1sénior, 1 interne, 2 IDE, 1AS),
- Désigner , vérifier et préparer la chambre (respirateur, aspiration..),
- Prioriser les soins (monitoring, ECG, vérifier les voies veineuses périphériques).

Mallette d'intubation difficile

Check-list à jour (traçabilité)

Temps de travail

- Collaborer jusqu'à la fin du poste,
- Temps de pause par binôme, si possible (IDE/AS = 20 mn/poste).

MESURES CORRECTRICES (1)

RESPONSABILITES COLLECTIVES (B)

Brancard d'urgence

Faire tourner l'équipe une fois par semaine (traçabilité, péremption,...)

Transmissions cruciales au bon moment

-traçabilité des soins :
« Leitmotiv »,
-diagramme de soins adapté à la réa pour les AS,
- Transmissions conjointes IDE/AS en binôme.


Propreté du service


Formation obligatoire des AS « Hygiène appliquée ».



MESURES CORRECTRICES (3): DIAGRAMME DE SOINS DES AIDES-SOIGNANTS

Ancien diagramme de soins proposé par le CH de Roubaix

 essai pendant 3 mois, en réanimation

 Certains soins non appropriés à la réanimation

HYGIENE	<ul style="list-style-type: none">• toilette au lavabo complète ou partielle,• le bain
RESPIRATION	<ul style="list-style-type: none">• surveillance O2 ?• humidification en continue ?• aspirations bronchiques, trachéales ?• soins de canule ?
ELIMINATION	<ul style="list-style-type: none">• conduite au WC,• surveillances diurèse et selles ?
MOBILITE	Aide à la marche, déambulateur.



LE DIAGRAMME DE SOINS (B)

Nouveau diagramme de soins: adaptation à la réanimation

HYGIENE	<ul style="list-style-type: none">• Préparation de bloc opératoire,• rasage (bloc),• soins de nursing (nez, yeux, bouche).
RESPIRATION	<ul style="list-style-type: none">• Ventilation mécanique et ses modes (VM, Optiflow, VNI, masque haute concentration, sonde O2...)• Aspirations bronchiques plus détaillées (bouche, trachéale, trachéotomie)
ELIMINATION	<ul style="list-style-type: none">• Détail dans l'aspect des selles (liquide, normal, méléna, stomie...)• Sonde urétérale
MOBILITE	<ul style="list-style-type: none">-Positions de lit (45°, lit fauteuil, allongé strict, barrières, liens...)-Changement de position (DLG, DLD, DV)-Bas de contention, ceinture abdominale
DIVERS	<ul style="list-style-type: none">-Taille, poids (possibilité de faire une courbe évolutive)-Date de la pose du matelas anti-escarres-Date de pose d'un humidificateur de ventilateur

ITEMS à rajouter dans l'avenir: promenade thérapeutique, visites élargies, devenir du patient



MESURES CORRECTRICES (2)

CONTRÔLE DE SITUATION(1)

Les IDE

```
graph TD; A((Les IDE)) --> B[Anticipation des préparations des médicaments]; A --> C[Pansements]; A --> D[Feuilles de suivi]; A --> E[Examens para-cliniques]; A --> F[Mobilisation du patient];
```

Anticipation des préparations des médicaments :

OUI : pour les médicaments d'urgence (amines, sédation on/off),
NON : pour tout autre médicament.

C'est le principe du « QUI PREPARE, POSE »

CAS PARTICULIERS : le patient en isolement, le matériel sera préparé et amené à l'IDE responsable en chambre.

Pansements : il n'y a pas d'horaire pour la réfection.

Feuilles de suivi (trachéotomie, IMC)

Examens para-cliniques : à étaler sur la journée (IRM, scanner, pose de voie veineuse, sécurité du transport intra-hospitalier du patient ...)

Mobilisation du patient : souplesse horaire dans la mise au fauteuil, la promenade, ...

MESURES CORRECTRICES (3)

CONTRÔLE DE SITUATION (2)

Pour les AS

Préparation du matériel :
lors de gestes +/- urgents
(intubation, ventilation,
DV, départ en examen).

Organisation du travail, des
soins avec les IDE (toilette,
mise au fauteuil).

Commande de repas
:formation par les AS
référents pour la
nutrition(logiciel
Datameal).

Pour les
médecins

Prescription anticipée de
certaines thérapeutiques :

- Transit (prokinétiques),
- Syndrome de glissement(anxiolytiques),
- Anticipation du passage du psychologue,
- Anticipation de la précarité du patient (assistante sociale.....)



MESURES CORRECTRICES (4)

LES ACTES HORS COMPÉTENCES

Quelques définitions :

L'ACTE DE SOINS INFIRMIERS

- Toute intervention d'un infirmier dans le domaine des soins infirmiers. Les actes de soins infirmiers sont précisés dans le code de la santé publique.
- *Dictionnaire des soins infirmiers R. magnon, G. DECHANOZ, AMIEC 1996 p 12*

DELEGATION

- Le fait de déléguer certaines compétences à une autre personne... Il n'existe pas de délégation sans texte de loi. Toutes les délégations de compétences doivent être expressément prévues par les textes et régulièrement publiées pour être légales.
- *N. LELIEVRE Juriste spécialisée en droit de la santé. Comité de rédaction infirmiers.com (31/08/2009 : «collaboration AS/IDE »)*

ROLE PROPRE

- Fonction de l'IDE qui se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. Il en assume la responsabilité
- *Dictionnaire des soins infirmiers R. magnon, G. DECHANOZ, AMIEC 1996 p 12*

LA RESPONSABILITE

- « Est entendue comme le fait d'estimer les actes qu'on engage, les conséquences qu'ils peuvent avoir et évaluer ses limites ». Ainsi, **être responsable exige de comprendre et maîtriser ce que l'on fait.**
- *Projet pédagogique 2010/2011 IFSI/IFAS H.DUNANT TARBES*



MESURES CORRECTRICES (5)

LES ACTES HORS COMPETENCES (1)

Code de la santé
publique

- article R4311-1 (pour les IDE): « L'exercice de la profession infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation.... »
- article R4311-4 : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relèvent du rôle propre infirmier.....l'infirmier peut sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants....Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers (article 4311-3).

arrêté du
22/10/2005 du
DPAS/ DEAS

- Pour les AS: non existence d'un décret de compétence identique aux IDE
- Mais dans le cadre du rôle propre de l'IDE: l'AS collabore avec lui, et sous sa responsabilité, fait des actes de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie du patient

Analyse sous
l'angle du droit de
la responsabilité

- conclusion d'un juriste: dans une situation d'urgence et/ou lors de dégradation brutale du patient dans un service de réanimation, le fait d'avoir protocolisé des actes permet aux AS d'agir sous la responsabilité de l'IDE et d'éviter ce dépassement de compétences

Rôle propre: collaboration
avec AS autorisée

COLLABORATION
IDE / AS

Actes sur prescription
médicale (PM): cœur du
problème du dépassement
des compétences pour les
AS



MESURES CORRECTRICES (6)

LES ACTES HORS COMPÉTENCES DES AS (2)

Plusieurs actes créent confusion sur la responsabilité de chacun :

Les sondes vésicales et naso-gastriques:

sont des actes sur PM,
ne sont pas des gestes d'urgence



pas de protocoles.

L'aspiration bronchique

rôle propre de l'IDE.



un protocole pour pallier à tout inconfort respiratoire du patient.

la ventilation au masque et le massage cardiaque :

Pour l'AS : validés dans le module 3 du DEAS.

Pour l'IDE : validé par l'AFGSU, inclus dans le DE.



Formation pratique régulière au lit du malade.
Formation théorique par les médecins du service

L'aérosol-thérapie :

autorisé par le DEAS, seulement non médicamenteux (SSI oui sur air, sur O2 non).

Les glycémies capillaires :

la technique reste du domaine IDE, la lecture par l'AS est autorisée par le DEAS.

Mais en réanimation,



patient sous insuline IV ou ttt hypoglycémiant



Justification d'un protocole ?

OUI....

L'ECG :

est-il un outil spécifique du service pour monitorer le malade de réanimation?

OUI.



ECG simple rapide pour troubles du rythme, douleur thoracique.



Protocole (maîtrise/entretien du geste).

Le ventilateur :

montage et vérification



IDE responsable (traçabilité).



LA COMMUNICATION

DÉJÀ FAIT :

- Présentation de patients bihebdomadaire diurne (ancienne) et nocturne (récente) par un sénior du service pour toucher les 2 équipes.
- Une réunion éthique hebdomadaire sur les limitations des thérapeutiques
- Mise en place de 3 tableaux d'infos (pour les cadres : nouveaux protocoles / pour les réunions / pour les messages perso, remerciements, naissance, décès.....)
- Mise en place d'audits par les cadres

A FAIRE :

- Communication avec l'équipe de nuit, enveloppe nominative pour infos en temps réel des changements, protocoles...
- Restitution systématique des groupes de travail (5 à 10 mn après la présentation patients /2 mois).
- Les cadres pensent organiser une réunion uniquement avec les paramédicaux plusieurs fois par an

LA COMMUNICATION (1)

A AMÉLIORER

La communication avec les familles

Identifier la personne de confiance (fil rouge avec tout le reste de la famille).

Stopper la « dérive » (infos téléphoniques sur l'état d'un patient).

Instaurer une fiche-patients près du téléphone avec le nom de la personne de confiance.

User et abuser du psychologue pour le patient, la famille et pour nous.

Les visites

Homogénéiser les horaires de visite : quelle est la meilleure formule ?

Faire respecter :
-les heures de visite,
- 2 personnes/chambre, par tous les membres du personnel.

Réutiliser les feuilles « Visites Elargies » avec traçabilité (nom du médecin, date d'autorisation, horaires accordés), à mettre dans le dossier de soin.

Entre le personnel

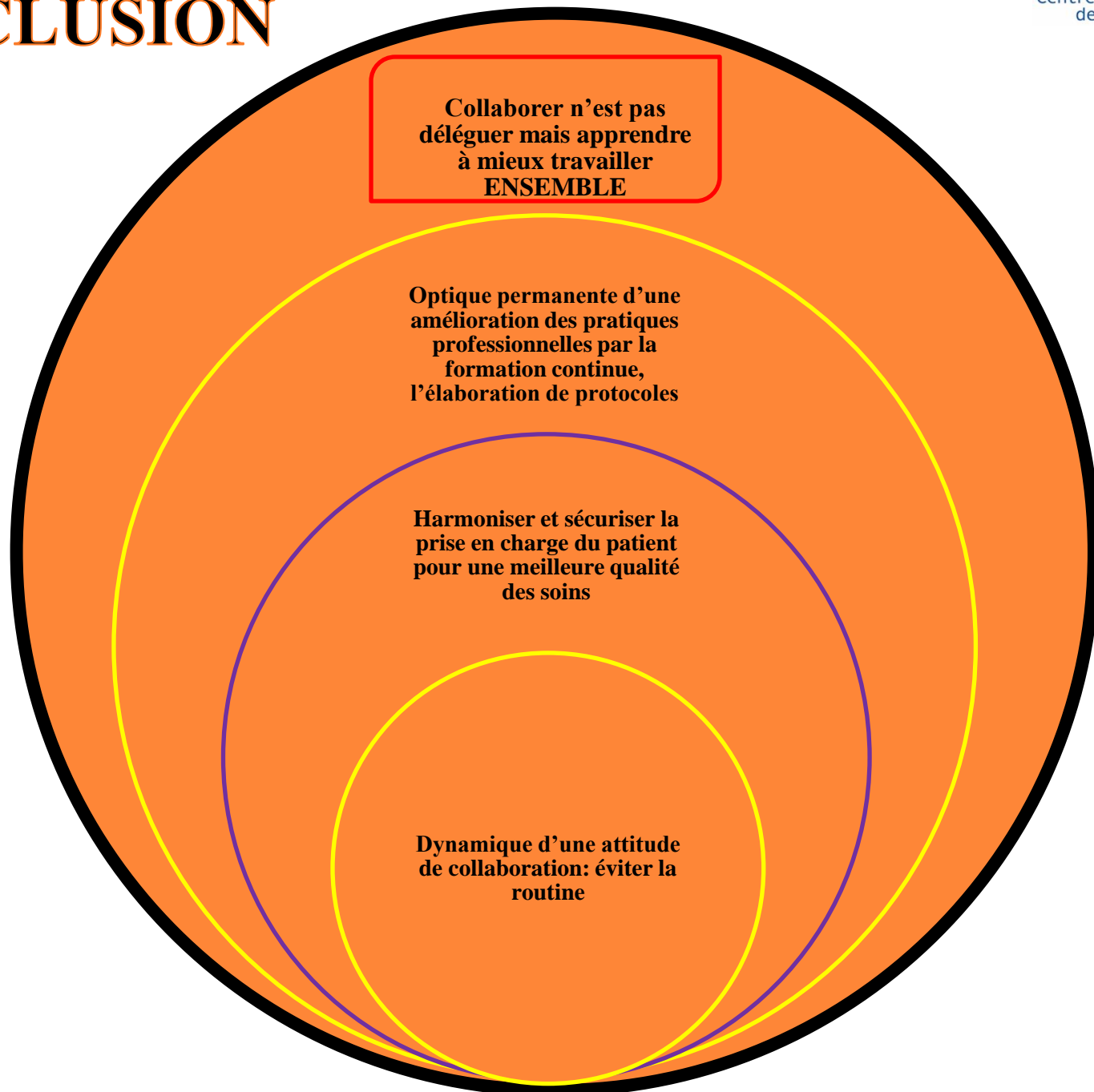
Poursuite des audits des cadres qui feront part des résultats
➔ axes d'amélioration.

Les transmissions paramédicales orales et écrites conjointes IDE/AS.

Tableaux informatifs :
chambre, la charge de travail (VM/sédation, Prisma, BMR, soins de suite, visites élargies), l'IDE et l'AS en charge
- l'équipe qui prendrait une éventuelle entrée.

CONCLUSION

C
O
L
L
A
B
O
R
A
T
I
O
N



I
D
E
-
A
S

