ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES

CHU DE MONTPELLIER

La collaboration IADE/urgentiste au SMUR

Sous la direction de Claire Lecharpentier

Hecquefeuille Grégoire

Promotion 2015-2017

REMERCIEMENTS

J’adresse avant tout mes remerciements à madame Claire Lecharpentier, ma directrice de mémoire, pour son aide et le temps qu’elle m’a consacré à la réalisation de ce travail.

Je remercie également toutes les personnes qui ont contribué à l’élaboration de mon mémoire, ainsi que madame Rouby, notre formatrice, pour son accompagnement tout au long de la formation.

SOMMAIRE

1. Introduction : 1

1.1. Situations d'appel : 2

1.2. Questionnement initial: 3

2. Cadre Théorique 4

2.1. Cadre Contextuel : 4

2.1.1. Sur le plan réglementaire : 4

2.1.2. Du côté des publications: 5

2.2. L'IADE : 10

2.2.1. Historique de la profession : 10

2.2.2. La formation : 10

2.2.3. Les compétences : 13

2.2.4. Le cadre juridique : 15

2.3. Le SAMU : 16

2.3.1. Historique : 17

2.3.2. Les missions du SAMU : 17

2.3.3. L'organisation du SAMU : 17

2.3.4. Les moyens du SAMU : le SMUR : 18

2.4. L'urgentiste : 18

2.4.1. La formation: 19

2.4.2. Les compétences : 19

2.5. Question de recherche: 21

2.6. Cadre Conceptuel : 22

2.6.1. La collaboration : 22

2.6.1.1. Les facteurs déterminants de la collaboration : 23

2.6.1.1.1. Les facteurs d'interaction des relations interpersonnelles : 24

2.6.1.1.2. Les facteurs organisationnels : 24

2.6.1.1.3. Les facteurs externes à l'organisation : 26

2.6.1.2. Les atouts de la collaboration interprofessionnelle : 26
2.6.1.3. Les limites de la collaboration interprofessionnelle : 27
2.6.2. L'autonomie : 28
2.6.2.1. L'autonomie et le « pouvoir agir » : 29
2.6.2.2. L'autonomie et l'identité professionnelle : 29
3. Dispositif de recherche : 31
3.1. Objectif de la recherche : 31
3.2. Le public ciblé : 31
3.3. Choix de l'outil de recherche : 32
3.4. Protocole de recueil de données : 32
3.5. Traitement des données : 36
3.6. Résultats et synthèse : 55
3.7. Critique et limite du dispositif de recherche : 59
4. Conclusion : 60
Bibliographie 61
ANNEXES 64

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition du temps de travail de l'étudiant en formation IADE 11
Figure 2 : Schéma organisationnel du DES de médecine d'urgence 19

LISTE DES ABREVIATIONS

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SNIA : Syndicat National d'Infirmiers Anesthésistes

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

UE : Unité d'Enseignement

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

1. Introduction :

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai fait le choix d'orienter mon questionnement sur l'activité soignante en pré-hospitalier et plus précisément sur ce que peut apporter un infirmier anesthésiste au SMUR.

Pendant ma formation d'Etudes en Soins Infirmiers, je me suis rendu compte de mon attirance pour les situations d'urgence et de réanimation. J'y ai également découvert la spécialité d'Infirmier Anesthésiste et son rôle pendant ces situations. C'est depuis cette période que j'ai pour projet d'évoluer ainsi professionnellement. C'est d'ailleurs ce qui m'a aussi donné dans un premier temps l'envie de devenir sapeur-pompier volontaire.

Depuis l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier, mon attrait pour le travail au sein d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation n'a été que d'autant plus important.

Malheureusement, diverses contraintes ne m'ont pas permis d'obtenir un poste dans ce domaine. J'ai donc exercé en tant qu'infirmier en unité de soins intensifs neuro-vasculaires pendant 3 années. Parallèlement à mon activité de sapeur-pompier volontaire, ce temps m'a donc permis de confirmer cette idée d'évolution professionnelle et de mettre en avant ce projet.

Il est maintenant important pour moi, dans le cadre de cette fin d'études, d'orienter mon mémoire professionnel sur la place de l'IADE en SMUR au regard de certaines situations en interventions qui sont pour moi sans réponse.

Dans le cadre de ce travail, je fais le choix de vous présenter les situations qui m'ont interpellé et d'en faire le lien avec l'actualité. Il sera ensuite intéressant de développer les professions IADE, urgentiste, ainsi que ce service d'urgence. Dans le but de pouvoir éclairer la problématique, une partie sera consacrée au développement du concept de la collaboration et de l'autonomie, une autre partie sera accordée aux dispositifs de recherche.

1.1. Situations d'appel :

Lors d'un stage en maison de retraite pendant mes études en soins infirmiers dans ma région natale, je suis confronté à une situation d'urgence nécessitant l'intervention des sapeurs pompiers et du service mobile d'urgence et de réanimation.

Une résidente présente une détresse respiratoire aigüe et est donc prise en charge par les sapeurs pompiers puis par un urgentiste, un ambulancier et un infirmier anesthésiste du service mobile d'urgence et de réanimation.

Dans la prise en charge, j'observe qu'il y a trois sapeurs-pompiers. Ils commencent tout d'abord par faire un bilan de la situation, prennent les constantes hémodynamiques de la patiente. Celle-ci présente une cyanose, a une saturation à 75% et est somnolente. Les pompiers lui mettent en place une oxygénothérapie et l'installent en position demi assise. Lors de l'arrivée du SMUR, l'infirmier anesthésiste et l'urgentiste commencent par questionner les sapeurs pompiers pour recueillir les informations afin d'assurer la continuité des soins.

Tout deux se renseignent pour savoir depuis combien de temps elle présente ces signes et quelle a été l'action des pompiers. L'IADE demande également à l'infirmier en charge de cette résidente si elle a des antécédents qui peuvent être en lien avec la situation ainsi que ses traitements habituels. Rapidement et de façon collégiale, l'urgentiste et l'IADE décident de prendre en charge les voies aériennes avec mise en place d'une sonde d'intubation orotrachéale. L'infirmier anesthésiste se positionne à la tête de la patiente, prépare le matériel nécessaire pour l'intubation, le circuit du respirateur et sa programmation. L'urgentiste est quant à lui sur le côté de la patiente et se charge de la perfuser. Après avoir endormi la résidente, l'IADE intube la patiente et l'adapte au respirateur pendant que l'urgentiste met en place les médicaments anesthésiques au pousse-seringue électrique. La patiente est ensuite médicalisée et transportée en centre hospitalier.

Je suis par la suite confronté à une autre situation d'urgence, dans une autre région, qui nécessite également l'intervention du service mobile d'urgence et de réanimation. Il s'agit de la prise en charge d'une personne de 88 ans en arrêt cardiaque. Acteur dans cette situation en tant que sapeur pompier, je pratique le massage cardiaque pendant toute la prise en charge. A l'arrivée du SMUR, composé d'un urgentiste, d'un ambulancier et d'un infirmier, le chef d'agrès de l'équipe des sapeurs pompiers annonce la situation à l'urgentiste. L'infirmier s'installe directement en face de moi et procède à la mise en place d'une voie veineuse périphérique. Tout en mettant en place le monitorage pour la surveillance des paramètres hémodynamiques et en préparant les médicaments d'urgence à la demande de l'urgentiste,

l'infirmier se renseigne sur l'heure de constatation de l'arrêt cardiaque et le début de la prise en charge. Très rapidement, l'urgentiste prend la place du sapeur pompier s'occupant de la ventilation pour prendre en charge les voies aériennes supérieures et mettre en place une sonde d'intubation orotrachéale. L'urgentiste s'y prend à plusieurs fois et évoque sa grande difficulté pour l'intuber.

En analysant ces deux situations, on note principalement la différence de composition de l'équipage des SMUR : d'un coté le binôme IADE-urgentiste, et de l'autre le binôme IDE-urgentiste, témoin d'un système organisationnel d'urgence différent selon les régions.
Surpris, je me demande d'abord pourquoi l'équipage du SMUR était composé d'un infirmier. Je pensais, suite à mes recherches pendant mes études en soins infirmiers, que les équipages SMUR n'étaient composés que d'IADE.
Pour reprendre les deux situations exposées précédemment et compte tenu de mes recherches lors de mes études en soins infirmiers, nous pouvons imaginer qu'avec la présence d'un IADE, l'urgentiste aurait pu lui déléguer la prise en charge des voies aériennes en cas de difficulté ou d'échec.
Au regard de mon expérience, de mes connaissances sur la spécialité d'IADE et ses domaines d'activité, les deux situations exposées n'ont pu que me questionner, susciter mon intérêt et donc m'inciter à évaluer l'impact de ces types d'organisation sur la prise en charge du patient.
Tous ces éléments me mènent au questionnement suivant :

1.2. Questionnement initial :

Question complexe :

En quoi la présence d'un IADE apporte une plus value dans la prise en charge d'un patient en pré-hospitalier ?

Questions adjacentes :

Que dit la réglementation concernant la composition d'un équipage de SMUR : IADE ou infirmier ?
Quelle est la situation actuelle en France quant à la répartition d'IADE/IDE dans les SMUR ?
Comment a évolué la place de l'IADE dans les SMUR ?

Au regard de leur expertise en urgence / réanimation, l'exclusivité d'exercice de l'IADE en bloc opératoire peut-elle être étendue au SMUR ?

2. Cadre Théorique

2.1. Cadre Contextuel :

Au regard de ce questionnement, diverses recherches et informations me permettent d'apporter un éclairage nouveau.

2.1.1. Sur le plan réglementaire :

A l'heure actuelle, la profession d'infirmier est régie par le code de santé publique. Selon l'article R4311-10 du code de santé publique :

« L'infirmier ou l'infirmière participe aux transports sanitaires qui peuvent être urgents entre établissements de soins et participe aux transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé dans le cadre du service mobile d'urgence et de réanimation. »

De plus, selon l'article R4311-14 du code de santé publique :

« *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »*

Ceci met donc en évidence que les IDE ont la possibilité d'exercer en pré-hospitalier et d'agir en situation d'urgence mais cette activité reste encadrée par une réglementation et des protocoles établis par les établissements de soins et en collaboration avec les médecins.

En ce qui concerne la profession d'infirmier anesthésiste, on constate que d'après le code de santé publique et selon l'article R4311-12 :

« L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur ait examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :
1° Anesthésie générale ;
2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
3° Réanimation peropératoire.
Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.
En salle de surveillance post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.
Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 (précédemment cité) *sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. »*

Si on confronte les articles précédents à celui-ci, l'IADE, en plus des compétences de l'IDE, peut pratiquer des techniques d'anesthésie sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur après l'examen du patient, ce qui lui confère une autonomie accrue et une capacité d'initiative élargie.
Il est intéressant de se demander comment sont organisés les SMUR de France, c'est à dire s'ils sont constitués d'infirmiers, d'infirmiers anesthésistes ou des deux.

2.1.2. Du côté des publications:

Le syndicat national des infirmiers anesthésistes n'a malheureusement pas pu répondre à cette question et malgré de nombreuses recherches, une seule étude faite en 1999, deux ans après la modification du décret de 1997 concernant l'uniformisation des équipages de SMUR, a permis de donner certains chiffres:
Sur les 298 SMUR qui ont donné suite à l'enquête, on retrouve donc dans les équipages des infirmiers pour 53.8% d'entre eux, 23.5% sont mixtes avec une majorité d'infirmiers, et 22.7% ne sont composés que d'infirmiers anesthésistes. D'après l'enquête, ces chiffres s'expliqueraient par les besoins d'infirmiers anesthésistes au bloc opératoire et par la séniorisation des équipes avec des médecins mieux formés aux gestes d'urgence.

Néanmoins, cette enquête nous explique aussi que les responsables de service estiment qu'il est fondamental que les professionnels soient expérimentés et souhaitent pour 79 % d'entre eux que leurs infirmiers bénéficient d'une formation spécifique. Seulement 60% des infirmiers seraient encadrés ou doublés lors de leur arrivée et la formation qui leur serait proposée serait souvent inférieure à 8 jours et donc insuffisante pour les trois quarts d'entre eux. De plus, les formations internes au service, quand il y en a, sont peu suivies par les infirmiers et l'entraînement aux gestes techniques serait de 25 %. Ces chiffres s'expliqueraient par une difficulté d'accès à la formation. En effet, 30% des infirmiers pensent que cet accès est continu et aisé, et parmi eux seulement la moitié dit de ces formations qu'elles sont adaptées.

Il est aussi intéressant de voir qu'une formation spécifique SMUR est « plébiscitée » par 84% des réponses à cette enquête.

Pour finir, trois quarts des infirmiers désirent continuer d'exercer dans ce domaine d'activité et 15% souhaitent se spécialiser en tant qu'infirmiers anesthésistes.

Etudions maintenant un article publié par le syndicat national des infirmiers anesthésistes. Celui-ci a mis en avant des recherches effectuées par Bruno Huet, infirmier anesthésiste ayant une grande expérience en extrahospitalier.

D'après ses informations, il affirme que l'IADE a et doit tenir une place privilégiée dans le domaine des transports sanitaires.

Il a d'abord commencé dans sa publication par refaire un point sur la formation d'Infirmier Diplômé d'Etat et celle d'Infirmier Anesthésiste. Pour lui, le programme de formation des infirmiers permet des connaissances générales mais qui ne leur permettent pas de pratiquer l'anesthésie et qui sont non spécifiques à l'urgence.

En ce qui concerne la formation d'Infirmier Anesthésiste, elle permet de développer les connaissances dans les domaines de l'anesthésie, de l'urgence-réanimation et d'acquérir sept nouvelles compétences qui permettent de performer les capacités d'adaptation, d'anticipation, d'analyse de la situation pour pouvoir faire face aux contraintes organisationnelles, matérielles et aux imprévus. Ces connaissances et compétences sont pour lui transférables à l'activité en pré-hospitalier.

De plus, la formation comprend un stage en SMUR et une unité d'enseignement spécifique aux urgences rencontrées en SMUR.

Cet article compte différents rapports dont celui du Professeur Barrier de 1994. Selon lui, « Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État sont le personnel idéal pour le bon fonctionnement d'un SMUR ; ils sont formés aux techniques de sauvetage et d'anesthésie. ».
La Société Française d'Anesthésie – Réanimation (SFAR) affirme à son tour en janvier 1995 que l'infirmier anesthésiste peut participer à la prise en charge de tout patient en situation de détresse, notamment dans les urgences extrahospitalières et lors des transports médicalisés.
A l'inverse, Mr Huet nous fait part du point de vue de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) qui, en 2008, expose son projet de faire évoluer le statut des IDE des services de SMUR en proposant une formation complémentaire qui correspondrait à une formation au minimum d'une année à temps complet. Néanmoins, les contraintes budgétaires et le turn-over des équipes risquaient de limiter l'évolution de ce projet.
Certaines expériences de paramédicalisation réalisées entre 1990 et 2006 - parmi lesquelles celles de Toulon, du département du Haut-Rhin et de Thionville - ont aussi montré que les SAMU paramédicalisés avec des IDE étaient « limités tant sur le plan des gestes techniques que sur les capacités d'analyse et d'initiative », et ce malgré les formations complémentaires.
En 2010, la SFMU et la SFAR s'accordent pour dire que dans certaines circonstances, l'urgentiste pouvait être amené à pratiquer l'anesthésie, élément essentiel qui selon Bruno Huet permet de dire que l'IADE est «le collaborateur idéal du médecin urgentiste» et « permet d'augmenter la sécurité de la prise en charge ». Néanmoins et contre toute attente, la SFAR n'aurait pas demandé l'exclusivité d'exercice pour le SMUR.
En ce qui concerne les sociétés savantes, il a été exposé comme un désaccord entre les représentants des médecins anesthésistes-réanimateurs, qui reconnaissent pleinement la qualification des infirmiers anesthésistes et leur intérêt dans les SMUR ; et les médecins urgentistes de la SFMU, qui jugent que les compétences requises pour ce domaine d'activité sont « l'essence des soins infirmiers en médecine d'urgence et nécessitent la création d'une spécialité et la reconnaissance des infirmiers au SMUR ».
Ces informations ont bien évidemment interpellé Mr Huet qui a dénoncé le manque de reconnaissance des IADE par ces urgentistes.

L'auteur de l'article a aussi démontré qu'il y avait un intérêt pour les établissements à avoir des postes d'IADE au SMUR et au bloc. Ces deux domaines d'activités leur permettraient d'acquérir les pratiques de SMUR, d'appréhender le pré-hospitalier et ainsi de mieux anticiper les interventions chirurgicales car l'IADE est imprégné des particularités du pré-hospitalier.

Inversement, ses connaissances en lien direct avec l'anesthésie seraient un atout en pré-hospitalier.
En d'autres termes, la polyvalence acquise par l'IADE lorsqu'elle passe d'un secteur à l'autre (bloc - pré-hospitalier) contribue au développement des compétences transférables de l'IADE.
De plus, l'auteur nous explique qu'au-delà des conflits de compétences et des contraintes budgétaires qui sont actuellement mises en avant, il est fondamental de prioriser une qualité de prise en charge optimale.
Mr Huet conclue en affirmant que l'IADE reste le collaborateur idéal pour l'urgentiste et une alternative de choix en paramédicalisation.

En 2015, la SFMU a publié un article intitulé « Quelle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain ? », qui reprend l'article du SNIA « Place de l'infirmier anesthésiste en service mobile d'urgence et de réanimation : perspective d'avenir » analysé précédemment.
Plusieurs représentants de la SFMU ont ainsi pu le commenter, il m'a paru intéressant d'en relever les points clés.
Les auteurs s'étonnent en constatant que l'article publié par le SNIA continue actuellement d'argumenter en faveur d'une place privilégiée pour l'IADE alors que la médecine d'urgence est une spécialité à part entière. Elle est reconnue en France depuis la création du DES de médecine d'urgence en novembre 2015. Malgré cette reconnaissance de création historique de cette spécialité par les médecins réanimateurs, ils estiment néanmoins que l'IADE n'y a plus sa place aujourd'hui dans les services d'urgence.
Les intervenants donnent leur propre définition de la médecine d'urgence. Selon eux, elle regroupe à la fois un exercice pré-hospitalier, un exercice hospitalier et une hospitalisation de courte durée. Les médecins urgentistes étant formés pour l'ensemble de ces domaines d'activités, il est donc pour eux difficile d'envisager le SMUR indépendamment des deux autres activités. Cette polyvalence médicale doit être de même pour les infirmiers. Les représentants de la SFMU affirment également que les IADE sont les bienvenus dans les structures d'urgence sous réserve d'accepter cette polyvalence qui selon eux reste indispensable au bon fonctionnement du service.
Les auteurs s'expriment également sur la formation IADE. Ils estiment que cette formation spécifique à l'anesthésie au bloc opératoire est adaptée à une partie de la médecine d'urgence

mais non à sa globalité. En effet, la notion de triage de l'infirmier, d'organisation de l'accueil, de formation à la psychiatrie et à la traumatologie courante sont pour eux des éléments indispensables qui restent non abordés durant la formation IADE.

Néanmoins, ils ne souhaitent pas soumettre l'idée d'inclure ces spécificités dans le référentiel de formation de l'IADE et à l'inverse, il n'est pour eux nécessaire de revoir l'obligation d'un stage dans les services de SMUR : cette formation n'a plus qu'une justification historique. A leurs yeux, il s'agit maintenant d'une nouvelle spécialité et à l'avenir, il sera sûrement difficile de proposer des places dans les services de SMUR aux étudiants IADE étant donné qu'elles seront nécessaires aux étudiants de cette spécialité propre.

D'après eux, l'anesthésie n'étant plus pratiquée en pré-hospitalier, l'IADE n'y a plus sa place. Cependant, ils reconnaissent que les IADE peuvent apporter des bénéfices dans les transports inter-hospitaliers car leur formation permet la surveillance d'un patient ventilé. Ils démontrent à nouveau que l'absence généralisée d'infirmiers anesthésistes dans les Salles de surveillance post-interventionnelle et les services de réanimation mettent les infirmiers aussi en capacité de surveiller un patient réanimatoire.

Pour conclure, les auteurs se positionnent en expliquant qu'ils n'envisagent pas de pratiques avancées en SMUR primaire ni la création de postes d'infirmiers agissant sans la présence d'un médecin.

Ce texte, totalement contradictoire avec la publication du SNIA m'interroge. Les représentants de la SFMU reconnaissent les compétences IADE dans l'activité en SMUR même si ce secteur nécessite une formation complémentaire avec notamment la notion de triage. Nous pouvons aussi remarquer que malgré une formation « adaptée à une partie de la médecine d'urgence en SMUR », ils estiment que l'IADE n'y a plus sa place.

Il est vrai que la notion de traumatologie courante et de psychiatrie n'est pas abordée pendant la formation IADE contrairement à la formation de l'IDE. N'oublions pas de l'IADE est avant tout un IDE qui s'est spécialisé.

En revanche, dans le cadre de l'UE 4.1 « Les grandes défaillances en situation d'urgence » du référentiel de formation IADE, il est enseigné la notion de triage en pré-hospitalier, avec un temps de travaux dirigés et il y a eu une situation de crise avec la question de priorisation des victimes à répondre à l'examen. On retrouve également dans cette unité d'enseignement, des cours magistraux concernant la prise en charge du patient polytraumatisé qui ne figurent pas dans le référentiel de formation IDE, et au même titre que la notion de triage.

Je retiendrai principalement une phrase de cet article : « aucune ébauche de supériorité de l'IADE n'a été démontrée sur l'infirmier pour assister un médecin urgentiste ». Ceci m'interpelle et remet en question les affirmations des autres sociétés savantes qui positionnent l'IADE comme étant le collaborateur idéal de l'urgentiste.

2.2. L'IADE :

2.2.1. Historique de la profession :

La spécialité d'infirmier anesthésiste est apparue après la Seconde Guerre mondiale en France. L'évolution de la médecine et de la société a permis à la profession IADE de se développer vers davantage de responsabilités, de compétences et de voir son statut et sa formation se structurer.

A ce jour, l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat réalise les soins spécifiques et les gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et participe à la prise en charge de la douleur.
Sa formation lui donne les capacités d'analyse et d'évaluation des situations qui lui permettent de mettre en place certains moyens pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient dans son domaine d'activité.
Il peut exercer dans les blocs opératoires, dans les salles de réveils post-interventionnels et dans les services d'urgence intra et extrahospitaliers notamment les SMUR.
De par ses compétences, l'IADE assure un accompagnement dans la prise en charge des patients, forme les professionnels de santé et participe aux activités de recherches professionnelles et scientifiques.

2.2.2. La formation :

Pour accéder à la formation menant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste, il faut :

- être titulaire du Diplôme d'État d'Infirmier

- justifier de deux années minimum d'exercice, en équivalent temps plein de la profession d'infirmier au 1er janvier de l'année du concours.

- avoir subi avec succès les épreuves d'admission à la formation préparant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste, organisées par chaque école et composées d'une épreuve écrite d'admissibilité et une épreuve orale d'admission.

La formation d'Infirmier Anesthésiste est suivie dans les écoles d'infirmiers anesthésistes. Il s'agit d'une formation de 24 mois qui permet à ceux qui la suivent de développer leurs connaissances théoriques et cliniques.
D'après l'arrêté de formation de la spécialité d'infirmier anesthésiste de juillet 2012, cette formation professionnelle est inscrite dans le système Licence-Master-Doctorat et aboutit à une équivalence de grade Master. Elle est donc répartie en 4 semestres, composés eux-mêmes de périodes de formations théoriques orientées sur l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence ainsi que la prise en charge de la douleur ; et de périodes de stage dans ces domaines d'activités qui leur permettront l'autonomie dans les gestes, l'analyse clinique dans la prise en charge du patient et les différentes techniques d'anesthésie-réanimation.
Cette formation, répartie en périodes d'enseignement théorique et de stages, donne lieu à l'acquisition de crédits européens validant les unités d'enseignements et compétences développées lors de son parcours de formation.
La délivrance du diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste est sanctionnée par l'obtention de 120 crédits européens.

On retrouve ci-dessous la répartition du temps de travail de l'étudiant en formation professionnelle :

Semestres	Cours magistraux et travaux dirigés	Stages	Travail personnel guidé
Semestre 1	280	490	105
Semestre 2	210	490	70
Semestre 3	280	490	105
Semestre 4	140	560	70
Total	910	2030	350

Figure 1 : Répartition du temps de travail de l'étudiant en formation IADE

<u>Un programme de formation spécifique à l'urgence :</u>
Dans le programme actuel de formation, les unités d'enseignement sont orientées vers le raisonnement clinique en anesthésie réanimation, l'urgence et la prise en charge de la douleur.

On y retrouve notamment les grandes défaillances en situation d'urgence adultes, pédiatriques et obstétricales, situations largement rencontrées dans les services d'urgence extrahospitaliers. Une partie de la formation est également consacrée à la pharmacologie des médicaments anesthésiques et de l'urgence.
L'objectif de ces unités d'enseignement est de permettre au futur infirmier anesthésiste d'analyser les situations qu'il rencontre, d'identifier la situation d'urgence, d'avoir une démarche réflexive afin de permettre une prise en charge adaptée.

On retrouve dans le référentiel de formation IADE 7 thèmes répartis en unités d'enseignement :

- -Sciences humaines, sociales et droit ;
- Sciences physiques, biologiques et médicales ;
- Fondamentaux de l'anesthésie, réanimation et urgence ;
- Exercice du métier d'IADE dans les domaines spécifiques ;
- Etudes et recherches en santé ;
- Intégration des savoirs de l'IADE ;
- Mémoire professionnel.

Parmi ces différents domaines, je développerai juste les unités d'enseignements en lien avec l'exercice du métier IADE.
Dans l'unité d'enseignement « sciences physiques, biologiques et médicales » ; on retrouve la physiologie intégrée et physiopathologie, la pharmacologie générale et spécifique à l'anesthésie réanimation et l'urgence. Ces cours magistraux représentent 120 heures sur l'ensemble de la formation.

Dans l'unité d'enseignement « fondamentaux de l'anesthésie réanimation et l'urgence », on retrouve :
- Les techniques d'anesthésie, réanimation et urgence, principes et mises en œuvre
-Les modalités spécifiques d'anesthésie, réanimation et urgence liées aux différents types d'intervention et aux différents terrains. Ce domaine représente 240 heures de cours magistraux, cours répartis sur les deux années de formation.
Dans l'unité d'enseignement « l'exercice du métier IADE dans les domaines spécifiques », on retrouve notamment les pathologies et grands syndromes, les techniques de suppléance et

organisations des soins. Ce thème regroupe des cours relevant des situations et des populations que nous pouvons prendre en charge en SMUR et 90 heures sont consacrées à ces deux sous-thèmes.
Pour finir, le professionnel en formation d'infirmier anesthésiste effectue au moins un stage obligatoire dans les services de SMUR pour développer les compétences en lien avec les cours magistraux qu'il a suivis.

2.2.3. Les compétences :

Le référentiel de formation de la spécialité d'infirmier anesthésiste permet d'acquérir de nouvelles connaissances, de développer une capacité d'analyse clinique, d'autonomie et d'anticipation. Ces éléments sont déclinés dans ce référentiel en 7 compétences. Parmi celles-ci, nous retrouvons :

- La compétence 1 : Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie.

Cette compétence démontre la capacité d'organisation et d'adaptation du travail en prenant en compte les contraintes organisationnelles du bloc opératoire et en assurant la sécurité du site d'anesthésie. Ces compétences se retrouvent dans l'activité en SMUR. De par la diversité des interventions et de leurs conditions, l'IADE a la capacité de s'adapter aux patients, à l'intervention et aux contraintes environnementales qu'il peut rencontrer.

- La compétence 2 : Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique.

Cette compétence met en évidence la capacité de l'infirmier anesthésiste à analyser, à appliquer le protocole d'anesthésie du patient, et à l'ajuster aux antécédents du patient et au type de chirurgie. Dans le cadre de l'activité au SMUR, l'IADE adapte la procédure d'anesthésie en collaboration avec l'urgentiste en fonction de l'analyse de la situation et des antécédents du patient qu'il prend en charge.

- La compétence 3 : Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention.

Cette compétence stipule que l'infirmier anesthésiste est capable de mettre en place la procédure d'anesthésie en adaptant les dispositifs de surveillance liés à l'anesthésie-réanimation, de mettre en place le matériel adapté au patient en fonction de la situation rencontrée pour assurer un environnement sécuritaire, et d'assurer un équilibre physiologique lors de la prise en charge. Il s'agit d'une compétence fondamentale de l'IADE en SMUR qui doit, dans le cadre de la procédure d'anesthésie, faire face aux contraintes environnementales que l'on rencontre en SMUR.

- La compétence 4 : Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie-réanimation.

L'infirmier anesthésiste se doit de veiller au bon usage du matériel et des dispositifs médicaux, d'assurer leur maintenance. Cette compétence permet de connaître et de mettre en place des procédures de prévention pour prévenir les risques en lien avec le patient et ceux que l'on rencontre sur les lieux d'exercice. Elle fait de l'IADE en SMUR un expert infirmier en matière de sécurité anesthésique. Les contraintes environnementales du SMUR le poussent à être encore plus vigilant en ce qui concerne la sécurité anesthésique.

- La compétence 5 : Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptés à la situation d'anesthésie.

L'infirmier anesthésiste développe pendant sa formation des capacités d'analyse du patient sur le plan psychologique en évaluant ces informations concernant l'anesthésie et l'intervention à venir. De par ses compétences en lien avec la prise en charge de l'anxiété, l'IADE peut communiquer, rassurer et établir une relation de confiance. Dans le cadre d'une situation de grand stress ou de détresse vitale qui nécessite une prise en charge anesthésique, cette compétence est majeure pour l'IADE qui doit accompagner le patient et la famille dans un endroit qu'il ne connaît pas.

- La compétence 6 : Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation ; de l'urgence intra et extra-hospitalière et de la prise en charge de la douleur.

Cette compétence nous permet de recueillir des informations pertinentes pour la procédure d'anesthésie-réanimation, pour la prise en charge d'un patient en pré-hospitalier. L'infirmier anesthésiste a aussi pour rôle d'apporter son expertise dans la prise en charge, de transmettre

ses connaissances dans le domaine de l'anesthésie mais aussi dans le secteur de l'urgence extra-hospitalier. Il se doit également de jouer un rôle dans la coordination des soins et d'intervenir en collaboration avec des intervenants qui ont une culture du soin différente.
Il est donc important de retenir que la collaboration de l'infirmier anesthésiste avec les différents intervenants d'un secteur, notamment le SMUR, fait partie intégrante de son référentiel de compétences.

- La compétence 7 : Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l'anesthésie, la réanimation, l'urgence et l'analgésie.

La compétence 7 met l'accent sur la réflexivité, la capacité à rechercher des éléments en lien avec la profession, de les analyser et de mener une étude visant à faire évoluer nos pratiques dans tous les domaines d'activité de l'IADE.

2.2.4. Le cadre juridique :

Certaines précisions nous viennent de plusieurs articles empruntés au décret du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier :
D'après l'article R4311-7 « 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, quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif, quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ». Parmi la liste des actes légiférés dans cet article, nous retrouvons qu'il est possible pour les infirmiers ou infirmières de pratiquer les injections et perfusions à l'exclusion de produits qui contribuent aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées par l'article R4311-12 dans les cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages.
L'article R4311-9 nous apporte quelques précisions. En effet, « l'infirmier ou l'infirmière peut sur prescription médicale injecter des médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci ait effectué la première injection. »
L'article R4311-10 stipule que « l'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin d'actions en vue de faire face à des situations d'urgence vitale, participe aux transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service

mobile d'urgence et de réanimation et aux transports sanitaires médicalisés du lieu de détresse vers un établissement de santé ».

L'article R4311-12 du code de santé publique, spécifique à l'activité de l'infirmier anesthésiste affirme que celui est « seul à être habilité à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur ait examiné le patient et établi le protocole - à appliquer les techniques d'anesthésie générale, locorégionale et de réanimation per opératoire ».

Il peut accomplir les soins à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur et réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

Cet article stipule également que les transports sanitaires dans l'article exposé précédemment sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

Désormais, la profession se voit modifier le texte réglementaire concernant son activité. Depuis peu, il n'est plus question de mettre en place de protocole d'anesthésie mais d'établir une stratégie d'anesthésie avec des objectifs à atteindre.

Pour l'activité en pré-hospitalier, l'IADE peut, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste réanimateur, intervenir en vue de la prise en charge de la douleur post-opératoire. De plus, l'IADE est maintenant seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter-hospitaliers.

Ces modifications de texte démontrent une reconnaissance des compétences de l'IADE pour ces activités faisant partie intégrante de l'activité en SMUR.

2.3. Le SAMU :

Le service d'aide médicale urgente est le centre de régulation médicale des urgences d'un département.

Le service de santé en France permet une prise en charge pré-hospitalière. Son objectif est de faire intervenir une équipe de secours adaptée aux situations d'urgence par l'intermédiaire d'appels téléphoniques transférés dans un centre de régulation et régulés par un médecin compétent.

2.3.1. Historique :

Les premières équipes mobiles d'urgence et de réanimation sont apparues en France en 1955 pour porter secours aux victimes d'accidents de la voie publique ainsi que pour assurer les transferts de patients entre établissements de soins.

Ces services de prise en charge extrahospitaliers se sont par la suite développés une dizaine d'années plus tard, ce qui a donné lieu à un décret créant officiellement les services mobiles d'urgence et de réanimation en 1965.

En 1968 est né le premier service d'aides médicales d'urgence à Toulouse. Ce SAMU sera par la suite reconnu par l'intermédiaire de la loi du 19 juillet 1972, et imposera un médecin anesthésiste réanimateur au sein des équipes. Leur mission était de coordonner l'activité des SMUR. Les choses ont ensuite évolué : les SAMU se sont développés à l'échelle nationale, leur organisation a été revue, et c'est en 1978 qu'a été créé et diffusé le numéro d'urgence, le 15, unique et gratuit sur tout le territoire français.

Nous retiendrons également que dès 1974, les médecins libéraux participaient à la régulation médicale avec les praticiens hospitaliers du centre 15.

2.3.2. Les missions du SAMU :

- Ecoute en permanence et délivrance de conseils médicaux par l'intermédiaire des médecins régulateurs.
- Mise en œuvre et régulation des différentes interventions.
- Organisation de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publique et privée et les transferts entre les différents établissements de soins.
- Assure l'enseignement et la formation de la prise en charge de l'urgence dans les structures adaptées : le CESU
- Organisation des situations sanitaires exceptionnelles.

2.3.3. L'organisation du SAMU :

Le concept français de prise en charge du patient permet d'optimiser les moyens des SAMU et de déclencher seulement dans les cas les plus graves et pour les détresses vitales le service mobile d'urgence et de réanimation. Celui-ci intervient avec à son bord un médecin anesthésiste réanimateur ou un médecin formé à la médecine d'urgence.

Comme nous l'avons rappelé précédemment, les SAMU ont pour mission d'assurer la coordination de la prise en charge des patients en pré hospitalier. Actuellement, on retrouve un SAMU par département. L'ensemble du territoire français est donc couvert par des structures permettant d'intervenir rapidement notamment les SMUR qui sont basés dans les hôpitaux du département. On retrouve également d'autres structures pouvant être missionnées par le SAMU comme les ambulances privées, les médecins généralistes ou encore les sapeurs pompiers.

2.3.4. Les moyens du SAMU : le SMUR :

Le Service Médical d'Urgence et de Réanimation a quant à lui pour mission d'assurer en permanence la prise en charge de patient en situation d'urgence sous la direction du SAMU. Il est composé d'un médecin, d'un infirmier ou infirmier anesthésiste et d'un ambulancier. Chaque SMUR est composé de différents moyens de transport. On retrouve le plus souvent les véhicules légers, les véhicules de transport et des moyens héliportés. Les missions du SMUR sont diverses et variées. Néanmoins, il en existe deux types. On retrouve en premier lieu les interventions dites « primaires ». Elles concernent les interventions où la prise en charge se déroule sur le lieu de détresse du patient et où celui-ci est transporté vers un centre hospitalier adapté. On retrouve également les interventions dites « secondaires ». Celles-ci concernent les transferts de patient d'unité de soins à l'autre en intra ou inter-hospitaliers.

2.4. L'urgentiste :

L'urgentiste est un médecin exerçant une spécialité qu'est la médecine d'urgence. Il s'agit d'une discipline hospitalière que l'on retrouve dans les services d'urgence, dans les SMUR et au SAMU.

L'urgentiste peut dans le cadre de son activité, exercer dans les services cités précédemment, et peut enseigner et transmettre ses connaissances dans les structures de formations comme les Centres d'Enseignement de Soins d'Urgence.

L'urgentiste prend en charge des patients en situation d'urgence. Il a pour mission d'orienter ces patients vers la structure la plus adaptée en fonction de la gravité de la situation. Au SMUR, il travaille en collaboration avec un infirmier ou un infirmier anesthésiste et un ambulancier et d'autres services publics et privés comme les sapeurs pompiers ou les ambulances privées.

2.4.1. La formation:

La formation de l'urgentiste a été récemment réformée. Avant, les médecins urgentistes suivaient un cursus de médecin généraliste, et continuaient vers une formation complémentaire de deux ans pour pouvoir exercer en tant qu'urgentiste. Depuis novembre 2015, il y a eu une uniformisation et la création de Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) et on retrouve le DES de médecine d'urgence. Cette formation dure maintenant 4 ans et permet aussi aux urgentistes de pouvoir exercer dans l'Union Européenne. Tous les DES sont organisés de la même façon et sont différenciés en plusieurs phases. Il en est de même pour le DES de médecine d'urgence.

Schéma reprenant l'organisation du DES de médecine d'urgence :

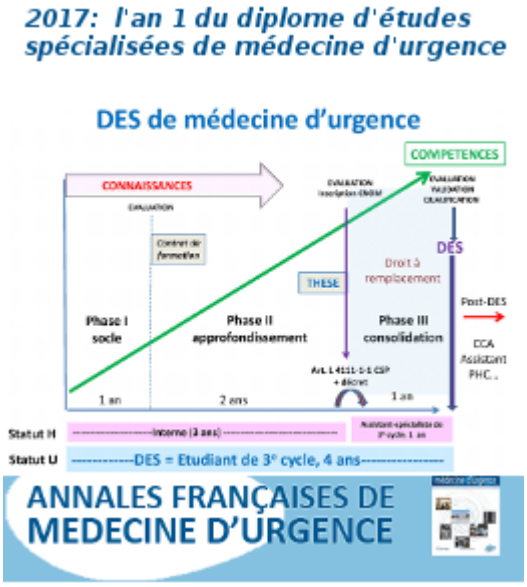

Figure 2 : Schéma organisationnel du DES de médecine d'urgence

2.4.2. Les compétences :

L'urgentiste pratique la médecine d'urgence comme je vous l'ai expliqué précédemment.

Dans une publication de la SFMU d'août 2011 « Référentiel métier–compétences pour la spécialité de médecine d'urgence », les auteurs nous expliquent que la médecine d'urgence est complémentaire à d'autres spécialités.

Parmi celles-ci, on retrouve dans cette publication :

- la médecine générale : cette spécialité se retrouve dans l'activité en SMUR dans le cadre de la continuité la prise en charge de patient après celle du médecin généraliste. De plus, il arrive que le SMUR intervienne au domicile de patients à la demande de médecins généralistes.
- la pédiatrie : la répartition et le manque de services d'urgence pédiatrique est répercuté sur l'activité en SMUR. L'urgentiste se voit donc prendre en charge des urgences pédiatriques. Ceci implique que l'urgentiste doit être compétent dans ce domaine.

- l'anesthésie et la réanimation : les auteurs nous expliquent que l'urgentiste pratique des techniques d'anesthésie dans le cadre de la prise en charge de patients en pré-hospitalier. Ils estiment que cette discipline « *est rendue nécessaire par des considérations de sécurité et de qualité des soins prodigués* ».

Dans le cadre de la réanimation, l'urgentiste met en œuvre des techniques de réanimation nécessitant l'administration de médicaments propres à la réanimation. *« Cette utilisation de techniques de réanimation est là encore rendue nécessaire par des considérations de sécurité et de qualité des soins prodigués »*.

- la radiologie : l'urgentiste est amené à effectuer des actes d'imagerie dans le cadre de la prise en charge en urgence de certains de ses patients, en particulier d'échographie, comme d'autres spécialistes (anesthésistes-réanimateurs, réanimateurs, chirurgiens, obstétriciens). Cette utilisation de techniques d'imagerie est rendue nécessaire par des considérations de sécurité et de qualité des soins prodigués, y compris dans le cadre d'une interprétation à distance. Les techniques d'imagerie que l'urgentiste est à même d'utiliser et leur domaine d'application sont choisis en concertation entre les sociétés scientifiques concernées (SFAR, SFMU). L'urgentiste qui utilise ces techniques d'imagerie doit avoir reçu une formation appropriée à leur utilisation, régulièrement entretenue.

- la chirurgie : l'urgentiste peut être amené à devoir réaliser des techniques relevant de cette spécialité dans la prise en charge de patient. Je pense dans ce contexte qu'il s'agit de réalignement de membre en vue d'un transport vers le service de chirurgie approprié.

- La psychiatrie : La prise en charge de patient relevant de la psychiatrie fait partie de l'activité en pré-hospitalier. Malheureusement, il est souvent difficile de pouvoir faire intervenir des psychiatres et le médecin urgentiste se voit donc prendre en charge le patient initialement et l'oriente vers la structure la plus adaptée.

Pour l'ensemble de ces spécialités précédemment citées, les auteurs disent que l'urgentiste doit suivre une formation appropriée dans chacun de ces domaines et régulièrement entretenue pour maintenir les compétences qui en découlent.

2.5. Question de recherche:

Je constate que les SMUR de France s'organisent différemment en termes de composition de l'équipage. Les sociétés savantes ont toutes exposé leur position concernant l'expertise et la place de l'IADE au SMUR, et nous retiendrons que pour certains, l'IADE serait le collaborateur idéal pour la prise en charge d'un patient en pré-hospitalier. De plus, au regard du développement de la profession de l'IADE, de l'urgentiste et du SAMU, toutes ces données ont donc fait évoluer mon questionnement :

En quoi la collaboration IADE/Urgentiste apporte-t-elle une plus value dans la prise en charge d'un patient en pré-hospitalier ?

2.6. Cadre Conceptuel :

Nous nous appuierons sur le texte « Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire » de Michèle Kosremelli Asmar et Frédéric Wacheux, reprenant eux-mêmes divers auteurs pour développer le concept de la collaboration.

2.6.1. La collaboration :

Pour reprendre l'étymologie de la collaboration, celui-ci vient du latin *cum laborare* et correspond à « travailler avec ». Celle-ci correspond donc à l'action de travailler ensemble avec une ou plusieurs personnes sur un travail, une organisation.

La collaboration peut aussi se rapporter à une notion d'assistance, une contribution financière pour qu'une personne puisse réaliser quelque chose. Sans celle-ci, la personne aidée n'aurait pas réussi à atteindre son objectif.

Nous pouvons donc dire qu'il s'agit d'un travail de complémentarité. Voyons maintenant le lien que l'on peut faire avec notre profession.

Nous constatons dans le référentiel de formation de l'infirmier diplômé d'Etat que la notion de collaboration y est abordée avec l'unité d'enseignement 3.3 du semestre 3 « rôles infirmiers, organisation du travail et interdisciplinarité » et en référence avec la compétence 9 « organiser et coordonner les interventions soignantes ».

La formation d'infirmier anesthésiste nous renvoie également au concept de la collaboration à travers la compétence 6 : « Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation ; de l'urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur ».

Cette compétence met ici l'accent sur la notion de collaboration, de travail en équipe et peut se retrouver dans la prise en charge du patient en extra-hospitalier.

D'après mes recherches sur la collaboration, je constate que le concept de collaboration interprofessionnelle est très présent dans le domaine de la santé.

L'avancée de la médecine, l'évolution de l'organisation des soins ont eu un impact sur la prise en charge du patient et ont renforcé au fil des années cette collaboration interprofessionnelle. Cette notion de collaboration fait aussi référence à la prise en charge du patient en pré-hospitalier, à la notion de travail en équipe et de la collaboration IADE/urgentiste, justement le sujet de ce mémoire.

La collaboration interprofessionnelle peut se définir comme une action collective de plusieurs professionnels de santé avec un but commun qui est la prise charge optimale d'un patient. La

collaboration sous-entend également qu'il s'agit d'une interaction d'au moins deux intervenants de disciplines différentes dans la prise en charge du patient, qui peuvent faire partie ou non d'une même équipe ou d'un même service.

Je reprendrai ici la définition du professeure D. D'Amour de 1997 qui me paraît la plus représentative et en lien direct avec le sujet[1] : « [la collaboration interprofessionnelle est] *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ». Elle consiste aussi en « *la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition tout en mettant l'accent sur la collaboration comme processus insiste aussi, sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes à l'aire du travail*.»

D'autres concepts sont en relation directe avec ce concept de la collaboration : parmi ceux-ci on retrouve en premier lieu le concept de la communication, du partage, du partenariat, de l'interdépendance, du pouvoir, des processus et enfin la notion d'équipe.

Le concept de collaboration est en lien étroit avec la question de la communication et de la relation, le partage des connaissances, le partenariat et de la notion d'équipe, de l'interdépendance et l'autonomie.

2.6.1.1. Les facteurs déterminants de la collaboration :

Selon D'Amour (2004), peu de recherches ont été faites sur l'influence des facteurs déterminants, la collaboration interprofessionnelle et selon elle, il est primordial de mieux comprendre les relations entre ces facteurs et leurs impacts.

La collaboration interprofessionnelle est déterminée par des éléments ayant un impact direct sur celle-ci. On retrouve d'abord les éléments propres aux relations interpersonnelles, les facteurs en lien avec l'organisation ainsi que ceux externes à cette organisation. Nous allons d'ailleurs les développer.

---

[1] Michèle Kosremelli Asmar, Frédèric Wacheux "Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire »
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document/p 4 (consulté en mars 2017)

2.6.1.1.1. Les facteurs d'interaction des relations interpersonnelles :

Toujours selon D'Amour (1999), le premier facteur d'interaction des relations entre les individus est la volonté de collaborer, elle-même dépendante de l'éducation et de la maturité de la personne. Cette volonté étant le facteur le plus important dans le développement de la pratique collective.

On retrouve ensuite la confiance mutuelle qui fait référence aux compétences de chacun, aux aptitudes et aux connaissances. Elle nécessite la prise en compte du rôle et du niveau d'expertise de chaque membre de l'équipe.

La communication est aussi un élément qui influence le niveau de la collaboration car il est vecteur lui-même d'autres facteurs comme le respect mutuel et le partage.

Je retiendrai cette citation du professeure E.A. Henneman. (1995)[2] : « *Le respect pré-requis à la collaboration, exige que les membres reconnaissent et comprennent la complémentarité de l'expertise et des rôles des autres professionnels ainsi que leur interdépendance* »

Si nous faisons le parallèle avec la profession IADE, nous pouvons nous demander si l'IADE et l'urgentiste connaissent bien le rôle et l'expertise de chacun. Pour faire le lien avec les publications de l'article de la SFMU, nous pouvons aussi nous demander si la volonté de collaborer n'est pas impactée par ces représentants qui souhaitent promouvoir leur nouvelle spécialité.

2.6.1.1.2. Les facteurs organisationnels :

La collaboration interprofessionnelle a avant tout besoin d'une organisation adaptée à celle-ci. Parmi ces facteurs organisationnels, évoquons d'abord le milieu d'exercice avec tout son fonctionnement, notamment la structure, la philosophie de l'organisation, le support administratif, les ressources, et les mécanismes de coordination et de communication.

Selon le Professeure Henneman (1995), il faudrait revoir cette organisation qui ne facilite en rien le développement de la collaboration interprofessionnelle. Elle met également l'accent sur la philosophie de l'organisation des équipes en pointant du doigt la nécessité de participation, d'équité, de liberté d'expression et d'interdépendance entre les professionnels. Ceci lui paraît essentiel pour la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle.

---

[2] Michèle Kosremelli Asmar, Frédèric Wacheux "Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire »
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document/p 4 (consulté en mars 2017)

Selon cette auteure, d'autres éléments auraient aussi un impact dans le développement de la collaboration interpersonnelle, à savoir la présence de professionnel ayant un statut de leader[3]. Dans le cadre de la collaboration, le leadership se doit d'apporter des résultats à travers les limites organisationnelles. Ces limites définies sont importantes, qu'elles soient écrites, ou orales, de façon à permettre une optimisation des capacités de chacun pour construire une relation positive et efficace. Nous ferons le lien ici avec l'IADE et l'urgentiste dans un équipage SMUR.

Le leader, l'urgentiste, se doit de mettre l'accent sur les différences de compétences ; d'expérience, de ressources ou de culture, qui composent son équipage (IADE ou IDE) pour déterminer ses limites organisationnelles.

Souvent, poser ces limites peut provoquer un sentiment de revendication, de frustration, elles restent essentielles et constituent la base de la collaboration. Le leader a donc un rôle d'équilibre car il doit respecter les différences de compétences tout en « *lissant certaines de ces différences* » pour assurer une relation de travail efficace, à savoir la prise en charge du patient.

D'après Kurt Lewin, nous retiendrons qu'il existe 3 types de leadership que nous mettons en lien avec l'activité au SMUR :

- le style démocratique : la participation de l'ensemble des membres d'un équipage de SMUR est encouragée. Le leader joue le rôle de catalyseur en mettant en évidence les compétences de chacun pour atteindre l'objectif commun qu'est la prise en charge du patient. Ce style apparaît comme étant le plus valorisant.
- le style autocratique : il met l'accent sur les décisions et la responsabilité du leader aux dépends de celui de l'équipage du SMUR. Le leader exerce un pouvoir répressif sur son groupe.
- le style laisser-faire : il se caractérise par la passivité du leader. Il laisse la liberté d'exprimer le savoir de chacun et joue uniquement le rôle d'informateur.

C. Mariano (1989), a affirmé qu'un temps pour le partage des informations, un espace partagé sur le lieu de travail, un développement des relations interpersonnelles étaient la clé d'une

[3] Henri Tedongmo Teko and Yves Bapes Ba Bapes « Influence sociale et leadership dans la direction des personnes » Etudes de cas au Cameroun,29 septembre 2010, paragraphe 7 https://sociologies.revues.org/3204?lang=en (consulté en avril 2017)

bonne collaboration. Elle pense aussi que la proximité physique des professionnels avec le partage d'un même espace réduit les territoires professionnels et modifie les comportements, ce qui favorise la collaboration Cela peut faire référence aux conditions de travail dans les services de SMUR et à l'activité en pré-hospitalier.

2.6.1.1.3. Les facteurs externes à l'organisation :

Des facteurs peuvent être déterminants pour la collaboration dans les équipes de santé.

Dans la littérature, ces facteurs sont classés en différents systèmes. On retrouve les systèmes sociaux, professionnels, éducatifs et culturels.

En ce qui concerne le système social[4] : Fagin, (1992), Lindeke (1998), Henneman (1995), Mariano (1989) nous expliquent que les différences de statuts et plus précisément de pouvoir peuvent être un frein pour le développement de la collaboration.

Selon D'amour (1997), le système professionnel est quant à lui basé sur le pouvoir et l'autorité. Celui-ci est en opposition avec la collaboration interprofessionnelle qui met en avant la connaissance, l'expertise de l'autre et l'interdépendance. Ce système est donc un frein au bon développement de la collaboration.

De la même façon avec le système culturel, les professions mettent généralement en avant des valeurs développées par l'intermédiaire d'un système éducatif lors de la formation des professionnels. L'exemple type pourrait être la notion d'autonomie qui peut être un réel frein à la collaboration dans le travail selon Mariano (1989).

Dans la littérature, le système éducatif est un facteur ayant un impact déterminant dans la collaboration interprofessionnelle. Selon Mariano (1989), ce facteur est présenté comme un frein à la collaboration car il ne permet pas aux professionnels en formation de connaître les qualifications spécifiques de ses éventuels futurs collaborateurs. Selon les auteurs cités précédemment, le système éducatif doit se voir évoluer pour permettre de développer au long cours le concept de collaboration dans les équipes de santé.

2.6.1.2. Les atouts de la collaboration interprofessionnelle :

Cette action collective va permettre, dans le cadre de la prise en charge du patient, de mettre en avant une complémentarité de compétences, bénéfiques à la fois pour le patient mais aussi

[4] Michèle Kosremelli Asmar, Frédèric Wacheux "Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire »
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document/p 6 (consulté en mars 2017)

pour les professionnels de santé. Ce travail en équipe pluridisciplinaire favorise un environnement sécuritaire pour le patient et permet le partage de l'activité de soins, l'entraide, le soutien et l'optimisation de l'utilisation des ressources. Nous pouvons également rattacher la collaboration à la notion de confiance, à la nécessité de renforcer la communication interprofessionnelle et à la possibilité de faire face à des difficultés interindividuelles. La collaboration permet également la coordination et la coopération interindividuelle.
Nous pouvons utiliser ces informations pour faire le lien avec les compétences spécifiques de l'IADE qui permettent d'optimiser la collaboration avec l'urgentiste dans la prise en charge d'un patient en pré-hospitalier.

2.6.1.3. Les limites de la collaboration interprofessionnelle :

La collaboration interprofessionnelle doit aussi faire face à des difficultés multidimensionnelles. Elle peut dans un premier temps être limitée par l'absence de compréhension commune entre les disciplines qui peuvent utiliser des langages différents ou un mode de questionnement différent. Dans ce contexte et en lien avec la littérature analysée précédemment, nous pouvons aller plus loin et dire qu'il peut y avoir un manque de connaissances des formations respectives suivies par l'IDE, l'IADE et l'urgentiste. L'identité professionnelle est donc aussi un concept qui présente une limite à la collaboration interprofessionnelle car celle-ci nous renvoie vers la connaissance mutuelle des formations interdisciplinaires.
S'ajoute à cela les différences culturelles, les rivalités interprofessionnelles, les qualifications et les statuts différents.
La formation, comme évoquée précédemment, peut être un frein au développement de la collaboration car selon D. D'amour, le professionnel apprend à développer l'autonomie pendant sa formation, ce qui peut le contraindre à manquer de pratique en collaboration interprofessionnelle et cette compétence est selon elle en opposition avec la collaboration en équipe. C'est la question du cloisonnement des formations professionnelles.

D'après la littérature, je suis forcé de constater que l'autonomie présente un frein à la collaboration interprofessionnelle et celle-ci est pour moi une compétence qui caractérise l'infirmier anesthésiste.
Abordons maintenant la question de l'autonomie pour tenter d'éclairer le lien avec la collaboration.

2.6.2. L'autonomie :

Elle provient du grec *autonomos* qui veut dire: « qui se régit par ses propres lois »

Donnons maintenant plusieurs définitions de l'autonomie[5] issues des champs de la philosophie, de la biologie et des sciences humaines :

D'après le dictionnaire général des sciences humaines, l'autonomie est la *« qualité dynamique de l'individu humain qui se singularise et assume son être propre dans sa rencontre avec autrui en y conservant son intégrité »*

Pour Kant : *« L'autonomie de la volonté est cette propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi. Le principe de l'autonomie est donc : de toujours choisir de telle sorte que les maximes de notre choix soient comprises en même temps comme lois universelles dans ce même acte de vouloir. »*

Le concept d'autonomie fait référence à la façon d'agir selon sa propre loi

Cette définition de l'autonomie intègre, simultanément à sa propre loi, le champ universel et donc la référence à l'autre et donc à l'environnement. C'est ici que nous pouvons apporter davantage de précisions et différencier l'autonomie de l'indépendance.

Selon REY-DEBOVE (1989), elle affirme que l'indépendance fait référence à la notion de liberté d'agir notamment dans l'exercice d'une fonction (REY, A., REY-DEBOVE, J., 1989) en dehors de toute référence autre que le choix de la personne. C'est-à-dire que cette notion de liberté peut se rapporter à la propre loi mais sans dépendance à l'autre ou l'environnement.

Varela, biologiste, définit l'autonomie à partir : *« ... de l'autonomie manifestée par les systèmes naturels .... [et] des capacités cognitives informationnelles. Ces deux thèmes sont en relation l'un avec l'autre comme l'intérieur et l'extérieur d'un cercle tracé sur un plan, inséparablement distincts, et pourtant unis par la main qui le dessine. .... Ces deux thèmes, l'autonomie et la commande, se livrent à une danse incessante. L'une représentant la génération, l'affirmation de sa propre identité, la régulation interne, la définition de l'intérieur. L'autre représentant la consommation, les systèmes à entrées/sorties, l'affirmation de l'identité de l'autre, la définition par l'extérieur. Leur jeu recouvre un vaste éventail de domaines, de la génétique à la psychothérapie. »*

---

[5] Catherine Piguet « Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel »
https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00331476/document.p46-47 (consulté en avril 2017)

Ces trois sens de l'autonomie bien que différents se rapportent au soi et à l'autre ou l'environnement. Se pose maintenant la question de la place de chacun et la possibilité d'agir de l'individu.

2.6.2.1. L'autonomie et le « pouvoir agir » :

Commençons par donner une définition de « pouvoir agir ». Selon Ricœur[6], il s'agit de *« la capacité de produire des événements dans la société et la nature. Cette intervention transforme la notion d'événements, qui ne sont pas seulement ce qui arrive. Elle introduit la contingence humaine, l'incertitude et l'imprévisibilité dans le cours des choses. »*

Autrement dit, Ricœur situe la puissance d'agir comme l'action d'un individu avec des circonstances non prévisibles par l'acteur. Il met aussi en évidence la complexité de la délimitation de l'un et de l'autre en disant : *« Dans un tel complexe d'interactions comment délimiter la part d'action de chacun ? Il faut alors s'en remettre à l'aveu du sujet agissant, prenant sur soi et l'assumant l'initiative dans laquelle s'effectue la puissance d'agir dont il se sent capable. »*. Cette citation fait ici référence à la notion de responsabilité.

Malherbe, précise également, en référence aux affirmations de Kant, que « *... une personne vraiment autonome apprend à lire la loi qui est inscrite au plus profond d'elle-même et qui définit son appartenance à l'humanité. »*

C'est à travers ces deux concepts que nous pouvons maintenant donner une idée plus précise de l'autonomie et la différencier de la notion l'indépendance. Nous retenons que l'autonomie se développe au travers du soi et de l'autre.

2.6.2.2. L'autonomie et l'identité professionnelle :

Dans la littérature, Piaget, parle avant tout de comportement. Selon lui, il existe plusieurs types de comportement : personnel ou en lien avec l'activité professionnelle.

Ces comportements se développent continuellement grâce à notre environnement et notre activité professionnelle.

---

[6] Catherine Piguet « Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel »
https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00331476/document.p47 (consulté en avril 2017)

Sur le plan sociologique, Sainsaulieu[7] a décrit cette notion de comportement en situation de travail, comme étant l'essence de l'identité professionnelle.

Elle se construit selon deux dimensions et conditionne l'être humain comme unique, *«celle de l'ipséité (soi-même) où le moi demeure fondamentalement le même à travers tous les changements de l'histoire du sujet, et la dimension d'une expérience dynamique entre l'individu et les autres qui font partie de son environnement »*.

Pour Sainsaulieu, cette expérience dynamique avec l'environnement permet à l'individu de gérer le conflit relationnel et qui renvoie à l'unicité et donc à l'identité d'une personne. Elle se développe donc de façon constante et en interaction avec l'autre ou l'environnement.

Donnons maintenant une définition de l'identité professionnelle.

Selon Demazière D. et Dubar C. (1997), *« L'identité suppose un rapport à soi mais aussi un rapport à « l'autre » ou « aux autres ». L'identité est alors un « processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi qui soit à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant* ».

D'après ces citations, nous pouvons affirmer que les processus de construction de l'identité et de l'autonomie sont indissociables.

Pour Crozier[8], l'autonomie professionnelle se traduit par *« la capacité de l'acteur à élaborer, choisir et mettre en place des stratégies en prenant en compte les contraintes et les opportunités »* et non pas seulement par *« sa capacité à résister aux injonctions extérieures »*

Selon Criozier et Freidberg, tout processus de construction de l'identité/autonomie, nécessite que la personne ait accès à différentes sources de pouvoir, à des possibilités alternatives de comportement et d'utilisation de ces possibilités.

Selon ces auteurs, ce processus de construction individuelle ne peut se dérouler que dans un apprentissage collectif qui permet d'inventer et de fixer ensemble *« de nouvelles façons de*

---

[7] Bénédicte Goullet de Rugy « L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social: influence de l'organisation et de l'encadrement »
https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/autonomie.pdf p27 (consulté en avril 2017)

[8] Bénédicte Goullet de Rugy « L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social: influence de l'organisation et de l'encadrement »
https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/autonomie.pdf p27 (consulté en avril 2017)

jouer le jeu social de la coopération et du conflit » et d'acquérir *« les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes ».*

En conclusion, le concept de l'autonomie nous rapporte à l'individu lui-même et celui-ci est continuellement en interaction avec l'autre ou l'environnement pour faire référence à l'autonomie professionnelle. Néanmoins, celle-ci peut être impactée par la notion de pouvoir, de capacité d'agir dans une situation professionnelle. Elle se construit également en association avec l'identité professionnelle.

3. Dispositif de recherche :

3.1. Objectif de la recherche :

D'après ma problématique qui est : « En quoi la collaboration IADE/urgentiste apporte-t-elle une plus-value dans la prise en charge du patient en pré-hospitalier ? », il est pour moi important, après avoir développé le concept de la collaboration et de l'autonomie, de rechercher si la collaboration IADE/urgentiste permet d'apporter une plus value dans la prise en charge du patient.

Il pourra aussi être intéressant de déterminer si cette collaboration est bénéfique, nécessaire ou non dans toutes les situations que l'on peut rencontrer dans le cadre de l'activité au SMUR.

3.2. Le public ciblé :

Au vu du thème de la recherche, il est judicieux, pour apporter quelques éléments de réponse à mon questionnement, d'aller sur le terrain pour interroger des personnels exerçant au SMUR et pouvant répondre à mes interrogations.

Ayant constaté beaucoup de points de vue différents et de débats concernant la place de l'IADE au SMUR, il me paraît important d'interroger au moins deux médecins.

Pour les médecins urgentistes, je vais m'orienter, vers des urgentistes qui travaillent chaque jour en collaboration avec les IADE mais aussi les infirmiers dans les services de SMUR dans le but de limiter les biais dans cette enquête. Dans l'objectif de recueillir un maximum d'éléments dans ces entretiens, je vais m'organiser pour interroger deux urgentistes aux durées d'activité SMUR différente.

Pour les IADE, étant impliqué dans la collaboration avec l'urgentiste, je procéderai de la même façon, c'est-à-dire que je vais interroger et prendre deux professionnels dont l'un aura plus d'expérience que l'autre.

3.3. Choix de l'outil de recherche :

Dans le cadre des objectifs de ma recherche, il me paraît judicieux de mettre en place des entretiens semi-directifs. En effet, il s'agit d'un outil qui permet le recueil d'informations dans le cadre d'un discours centré sur un thème défini. Ce type d'entretien permet une discussion dans un cadre défini, il ne limite pas la personne interrogée à des questions prédéfinies. Il laisse une certaine marge de manœuvre à la personne interrogée en lui laissant la possibilité de développer ses propos.

De plus, l'entretien semi-directif permet de recueillir des informations qualitatives telles que des points de vue, des réactions, permet de vérifier des faits, des analyses. Ayant fait le choix de m'orienter vers une enquête scientifique qualitative, l'entretien semi-directif est l'un des outils que je peux exploiter. Je vais donc opter pour celui-ci pour ma recherche.

3.4. Protocole de recueil de données :

Au regard des futurs entretiens avec les urgentistes et IADE que je vais réaliser, il me paraît nécessaire de cibler une situation ou un domaine d'activité que nous allons aborder. Ceci me permettra de mieux comprendre et analyser leurs pratiques. Je vais donc proposer aux personnes interrogées de me parler d'une intervention de leur choix en SMUR primaire.

Pour essayer d'optimiser les futurs entretiens, je développe des questions qui vont me permettre de mettre l'accent sur ce que j'ai développé dans mes concepts. Elles vont me permettre de mettre l'accent sur l'organisation, le positionnement de chacun dans leur intervention et de me parler de l'autonomie de l'IADE.

Pour ne pas induire de biais dans les réponses, je fais le choix d'interroger des professionnels du même service et lors des prises de rendez vous pour les entretiens, d'évoquer le thème plutôt large d'une étude sur l'activité soignante en SMUR.

Ces entretiens seront réalisés après accord du cadre du service concerné. Je choisis également d'enregistrer les entretiens après accord des personnes interviewées et je les retranscrirai

ensuite. Ils seront consultables dans le cahier verbatim. La durée des entretiens prévue est de 30 minutes et l'anonymat sera conservé dans le cadre de cette recherche.

Pour recueillir mes données, je choisis d'utiliser deux tableaux. Ils reprennent les éléments de réponses des personnes interrogées qui seront mis en lien avec les éléments cités dans les concepts. Ils seront également consultables en annexe.

LA COLLABORATION	L'URGENTISTE
LES DETERMINANTS Connaissances des compétences et expertise de l'autre et interdépendance, l'autonomie Leadership (Notion de leader dans l'équipe, participation de chacun, équité, liberté d'expression, interdépendance) Volonté de collaborer Confiance	
LES ATOUTS Complémentarité de compétences, Environnement sécuritaire, Partage de l'activité de soins, entraide, soutien, optimisation d'utilisation des ressources, Possibilité de faire face à des difficultés interindividuelles Plus-value	
LES LIMITES Perception de l'autonomie Rivalités, qualifications, statuts différents	
LES INATTENDUS	

LA COLLABORATION	L'IADE
LES DETERMINANTS Connaissances des compétences et expertise de l'autre et interdépendance, l'autonomie Leadership (Notion de leader dans l'équipe, participation de chacun, équité, liberté d'expression, interdépendance) Volonté de collaborer Confiance	
LES ATOUTS Complémentarité de compétences, Environnement sécuritaire, Partage de l'activité de soins, entraide, soutien, optimisation d'utilisation des ressources, Possibilité de faire face à des difficultés interindividuelles Plus-value	
LES LIMITES Perception de l'autonomie Rivalités, qualifications, statuts différents	
LES INATTENDUS	

Je commence par vous présenter les différentes personnes interrogées. Il s'agit de deux IADE et de deux urgentistes. Concernant les urgentistes, il y a un urgentiste récemment diplômé avec 6 mois d'expérience et un médecin anesthésiste réanimateur diplômé en 1984, ayant fait deux années de remplacement au bloc opératoire et qui a poursuivi le reste de sa carrière dans les services de médecine d'urgence et notamment au SMUR. Pour information, j'ai fait le choix d'interroger cet urgentiste car il fait partie des plus anciens professionnels médicaux et bénéficie de la plus ancienne des formations pour exercer en SMUR.

Afin de me faciliter la tâche, je définis les entretiens suivants par des lettres :
L'entretien A correspond à l'IADE expérimenté
L'entretien B correspond à l'IADE peu expérimenté
L'entretien C correspond à l'urgentiste peu expérimenté
L'entretien D correspond à l'urgentiste expérimenté

3.5. Traitement des données :

Nous retrouvons dans ces entretiens, 2 situations racontées avec la présence d'IADE. Ces situations sont celles des deux IADE. La situation racontée avec la présence d'une infirmière concerne celle de l'urgentiste peu expérimenté. Dans la dernière situation racontée par l'urgentiste expérimenté, nous retrouvons IADE et infirmier.
Pour analyser les données, nous allons procéder par une analyse thématique du contenu des entretiens, à partir notamment des éléments développés du cadre conceptuel.
Nous commençons par identifier dans chacun des entretiens, les éléments des concepts, à savoir les déterminants, les atouts et les limites de la collaboration. Une partie de cette analyse est également consacrée aux différentes remarques auxquelles je ne m'attends pas.

Entretien A :
Il s'agit d'un infirmier anesthésiste avec 9 ans d'expérience au SMUR. La durée de l'entretien est de 24 minutes.
Dans cet entretien, mettons en premier lieu les déterminants de la collaboration.
L'IADE commence par mettre l'accent sur l'organisation et la fonction de chacun pendant l'intervention l 17 : « Le médecin a donné ses instructions » puis l 19-20 « le médecin m'a dit vas-y, intube ». A la suite de l'entretien il explique ses différentes actions notamment l 30-

32 « je lui mets une deuxième voie », l 34-35 « je prépare les amines et la noradré que j'ai mis » et l 49-51 « je me suis mis à la tête...je suis dans la technique ». L'IADE raconte que le médecin urgentiste avait une posture de leader à la l 28 « lui était à la tête pour coordonner », l 31-32 « lui coordonne le relevage, brancardage.. »

Ensuite on retrouve des informations concernant le choix de l'organisation sur l'intervention. Selon lui, l'intubation est un geste qui attire. A la l 54-57, il dit « c'est ma compétence donc je ventile... d'autres médecins l'auraient fait ». Il donne ensuite les raisons pour l'urgentiste de vouloir intuber en disant l 54-57 « certains veulent s'entraîner, deux ça les fait rêver, trois ils considèrent que c'est une fonction médicale » et l 88-89 « que l'intubation a été un geste qui fait rêver, et les médecins et les jeunes IADE » et il termine à la l 95-97 « les médecins veulent aussi être là-dedans... donc les médecins sont dans le geste médical qu'est l'intubation ». D'après ces affirmations, on constate que l'intubation est un geste qui attire, notamment l'IADE et le jeune urgentiste. Ceci nous laisse penser que ce geste valorise, fait partie d'une représentation et fait référence pour moi à l'identité professionnelle notamment celle de l'IADE. Néanmoins, l'IADE nous explique également que pour l'urgentiste et lui-même, l'intubation n'est plus un geste qui fait rêver à la l 46-48. Ceci montre qu'il ne semble pas y avoir de rivalité dans ce binôme.

Il donne ensuite son point de vue au regard de ce qu'il dit. Il pense que le rôle du médecin est avant tout dans la coordination et non dans le geste technique, l 75- 77 « C'est que le médecin est là pour coordonner, que quand il va intuber surtout si c'est un peu dur, il peut pas coordonner, donc c'est ça, il devrait laisser l'IADE intuber quand il y a un IADE ». Il le répète à la l 84-85 en expliquant que les gestes techniques doivent être laissés aux IADE pour prendre de la hauteur, coordonner. Cela peut laisser penser que c'est important pour lui.

Il dit ensuite qu'en règle générale, l'intubation est souvent laissée aux IADE par les vieux urgentistes à la l 64. Nous pouvons imaginer que les urgentistes plus expérimentés ont une façon différente de diriger l'intervention qui serait bénéfique dans l'organisation. Elle optimise les ressources présentes au sein de ce binôme. Ceci nous renvoie encore à la représentation de l'IADE vue précédemment en ce qui concerne l'intubation, ce geste qui le caractérise au regard de ses compétences et cette fixation par les jeunes urgentistes du geste technique.

La suite de l'entretien est orientée sur la considération de l'IADE par les médecins urgentistes. Parfois, nous constatons que la place de l'IADE est reconnue par l'urgentiste. Nous retrouvons ces éléments l 177-182 : « « on va l'intuber tu fais eto célo et hypno fenta »,

ou dripivan fenta, bon voilà c'est-à-dire comme un IDE, pareil, et il y en a d'autres qui reconnaissent une autonomie en nous disant qu'il est pas bien vas-y on va l'endormir tu gères je vais voir la famille pour leur dire et donc on gère tout, il y a le matériel, l'induction, la sédation, etc et quand on revient soit ils se mettent à la tête ou ils nous laissent à la tête » et l 183-187 : « enfin voilà et donc en fait il y a, et où sur d'autres choses, par exemple sur un AVP, deux victimes, il va dire prend en charge celle-là, il a dit ça à un de mes collègues, il y avait une victime en arrêt sur un AVP et une qui était incarcérée, le médecin est allé voir l'incarcérée et a dit à l'IADE tu gères l'arrêt cardiaque ». Nous le retrouvons encore à la l 231-233 : « Ils apprennent à nous connaître sur le terrain c'est-à-dire que le jour où on part en primaire avec eux et qu'ils sont un peu emmerdés, que c'est un peu chaud, qu'on est là et qu'on apporte une plus-value ils se disent « oé finalement voilà » ». L'IADE démontre que dans des situations particulières, la présence d'un IADE apporte une plus-value et augmente les chances pour la victime.

Il me dit que l'image de l'IADE, notamment en parlant de ses compétences, est très variable selon les médecins. Ils peuvent être perçus comme des infirmiers lambda, des IADE voire des petits médecins. Pour exemple, je cite la l 188-189 « un urgentiste il ne sait pas ce que c'est qu'un IADE », à la l 196-200 « ils ont une vision de l'IADE, ils ont tous des fantasmes un peu sur l'IADE ... », à la l 214-215 « ils savent que ça existe parce que voilà mais ils ne savent pas ce qu'on peut faire ». Pour terminer sur la connaissance et l'expertise de l'autre, l'IADE affirme à la l 200 « donc en fonction de ces représentations, ils n'ont pas la même attitude ». L'IADE montre ici que la méconnaissance de ses compétences par son collaborateur a un impact sur la collaboration et l'organisation des soins.

De plus, selon lui, certains urgentistes considèrent que l'IADE est un infirmier avec des compétences supplémentaires mais qui ne sont pas adaptées au pré-hospitalier, l 171-173. Dans le meilleur des cas, l'IADE est présent pour intuber et assurer la surveillance des patients lourds intubés et ventilés l 225-226 « pour eux au mieux on est là pour intuber et surveiller des patients lourds intubés ventilés. »

Dans son discours, nous retrouvons également des éléments montrant la connaissance de la formation de l'urgentiste par l'IADE l 249-253 : « nous on bosse avec des urgentistes qui sont des médecins généralistes qui se spécialisent aux urgences donc ils sont habitués à faire de la médecine générale en cabinet donc ils sont tout seuls dans un cabinet de médecine générale, c'est pour ça qu'il sont formés quand même, après voilà ils sont pas formé euh... C'est deux formations complètement différentes ». A travers ce discours et pour faire le lien avec le

contexte éducatif développé par Mariano, nous pouvons dire que les formations respectives ont un impact dans la collaboration entre l'IADE et l'urgentiste.

Pour revenir à la collaboration et l'organisation entre les deux professionnels, la personne interrogée me dit qu'il y a plusieurs comportements d'urgentiste et qui ont un impact direct dans la collaboration avec l'IADE. L 271-273 « certains nous dictent ce qu'on devait faire, d'autres laissent beaucoup plus d'autonomie ». Aux l 284-286 et 290-293, nous constatons que la façon pour l'urgentiste de diriger l'intervention conditionne le comportement de l'IADE « s'il me laisse de l'autonomie, j'essaye de plus réfléchir de plus lui filer un coup de main sur son côté », « après si je suis dans un rôle d'exécutant je ne propose pas... il a une idée très claire de ce qu'il veut et il en démordra pas ». Pour faire le lien avec les styles de leadership développés dans le concept de la collaboration, ceci montre que certains de ces styles peuvent avoir un impact sur le fonctionnement du binôme, notamment le style autocratique que l'on retrouve ici.

Mettons maintenant l'accent sur les atouts de la collaboration.

Il commence par mettre en avant la complémentarité de compétence avec le médecin urgentiste, notamment sur la gestion des voies aériennes à la l 106-108 « je trouve que c'est très bien parce que c'est complémentaire »

Il dit à la suite que c'est un moyen de faire face à des difficultés, à la l 69 « je préfère laisser le médecin faire et s'il n'y arrive pas je reprendrai la main. »

Nous retrouvons aussi la notion d'entraide et de rassurance dans son discours, notamment à la l 113-116 « si c'est une intubation et qu'on doit utiliser du matériel spécifique, on est deux à le connaître...c'est bien pour la patiente » et l 119-121 « c'est toujours rassurant pour un médecin de savoir que s'il n'arrive pas ... ». Il met aussi l'accent en expliquant que c'est une plus-value pour la prise en charge de la patiente.

Les situations particulières racontées démontrent également l'augmentation des chances pour le patient avec la présence de l'IADE, l 183-187 : « enfin voilà et donc en fait il y a, et où sur d'autres choses, par exemple sur un AVP, deux victimes, il va dire prend en charge celle-là, il a dit ça à un de mes collègues, il y avait une victime en arrêt sur un AVP et une qui était incarcérée, le médecin est allé voir l'incarcérée et a dit à l'IADE tu gères l'arrêt cardiaque ».

Ceci montre que dans certaines situations, la présence de l'IADE apporte une plus-value dans la prise en charge du patient en pré-hospitalier.

Il explique également que parfois, il n'y pas d'intérêt pour le patient d'avoir à la fois l'urgentiste et l'IADE. Certaines situations ne justifient pas toujours la présence d'un IADE. Nous le remarquons à la l 144-146 : « mais on est limité car on est dans une équipe complète parce qu'on a toujours un médecin avec nous. C'est comme si une IADE était avec un anesthésiste en salle en permanence. On se dirait quel est l'intérêt d'avoir et l'anesthésiste et l'IADE en permanence », l 150 151 : « Des fois on se dit bah quand il faut surveiller la victime, la patiente, balader des fois il y en a un des deux qui sert à rien » et à la l 155-156 : « Là il y a un réel avantage à avoir un IADE, sinon aucun avantage à être IADE ».
Ceci confirme donc que l'IADE peut apporter une plus-value que dans certaines situations.

En ce qui concerne les limites, parlons de celles développées dans le concept de collaboration. On retrouve en premier lieu l'autonomie : l 129 « c'est un des avantages des IADE, c'est qu'on est autonome sur la ventilation et l'intubation »et l 131-132 « c'est confortable pour un médecin car il me dit « vas-y intube » et après il va pas me dire comment faire »
Ces affirmations me montrent que l'autonomie de l'IADE est dans ce genre de situation bien perçue. Elle présente un bénéfice à la fois pour l'urgentiste qui gagnerait du temps en n'ayant pas besoin de donner certaines informations et pour la victime car elle permet d'être plus rapide dans la prise en charge (L 141-142).
Il ira plus loin dans son discours pour mettre en avant la plus-value de son autonomie et dira « Je suis autonome sur mes gestes techniques contrairement à certains IDE qui ne sont pas autonomes sur leurs gestes techniques ».
Néanmoins, cette autonomie reste à la perception de l'urgentiste. Il peut, selon ses envies, lui donner la possibilité de la mettre en avant dans la prise en charge du patient quand il dit « on nous demande pas l'autonomie, on nous la donne ou on nous la donne pas ».
Nous pouvons donc supposer que l'autonomie de l'IADE en intervention sera dépendante du style de leader et de la perception des connaissances et de l'expertise de l'IADE par l'urgentiste.
Il met aussi en avant l'image et le comportement des différents intervenants et explique que l'IADE peut avoir une posture n'aidant pas au développement de la collaboration.
Certains sont, pour reprendre ses mots à la l 234-238 « des grandes gueules, avec nos gros sabots, il y a des IADE qui sont des cow boys et qui se prennent pour des petits médecins »

Et pour aller plus loin, il dira « plus on est cow boy, moins les relations urgentistes seront bonnes ». Ces informations confirment le point de vue des auteurs cités dans le concept de la collaboration.
Je pense qu'il donne après cette citation une raison à ces comportements et pour lui, il est difficile de faire sa place en tant qu'IADE.
D'après l'IADE, l'origine de ces problèmes est en lien avec nos formations, totalement différentes et qui n'aident en rien le développement de notre collaboration. Je cite l 246 « nous on a été formés avec des anesth-réa » et de la l 248-253 « nous on bosse..., c'est deux formations complètement différentes, nous on doit s'adapter, mais comme eux doivent aussi s'adapter à nous. »

Je termine maintenant avec les éléments non attendus de l'entretien.
Sans même poser la question, l'IADE m'a affirmé qu'il n'y avait pas d'anesthésie en SMUR. « Je pense qu'il y en a pas au SMUR... parce que sinon il y aurait des médecins anesthésistes en SMUR et nous on a que des médecins urgentistes ». A-t-il voulu dire qu'il n'y en avait pas pour laisser comprendre qu'il y en avait très peu ?
D'après ce qu'il dit, je peux imaginer que pour lui l'anesthésie est exclusivement réalisée avec des médecins anesthésistes réanimateurs. Il ne peut donc pas s'agir d'anesthésie avec des urgentistes. Ceci fait référence aux limites de la collaboration et à l'utilisation d'un langage différent entre les professionnels de santé. Ils n'ont pas la même vision de l'anesthésie.

<u>Entretien B</u> :
L'entretien B concerne l'IADE exerçant au SMUR depuis 2 ans. La durée de l'entretien est de 27 minutes.
Commençons par reprendre les éléments qui font référence aux déterminants de la collaboration dans son entretien.
L'IADE commence par présenter son intervention en parlant de l'organisation. Il explique que l'urgentiste avait un rôle de leader et dicte ce qu'il doit faire et a pris en compte les compétences de l'IADE durant cette prise en charge. L 19-23 « le médecin lui dans son rôle c'était de donner les ordres, de dire, déléguer techniquement les gestes..., donc moi qui ai fait et la voie intra-osseuse, et l'intubation... ». Il démontre la reconnaissance de l'IADE par l'urgentiste.

A la suite de l'entretien, la personne interrogée nous décrit plusieurs comportements d'urgentistes.

Pour lui, l'organisation est très « médecin dépendant ». L 84-89 « l'organisation est très médecin dépendant, il y a des médecins qui aiment se faire guider, il y a des médecins qui aiment avoir le leadership sur tout, il y a des médecins qui vont déléguer... »

Il explique ensuite que tous les médecins ont des niveaux d'expérience différents, ce qui impacte l'organisation sur intervention. Il dit à la l 63-65 « on va dire qu'ils ont chacun un niveau d'expérience différent » et l 69-78 « il y a un vrai clivage entre l'expertise de ces médecins ... ils n'ont pas exactement les mêmes expériences et donc ils n'auront probablement pas la même façon de voir l'intervention.. ». Il va plus loin en disant « celui qui est à l'aise sur le plan technique va très rapidement déléguer ça.. » pour faire référence aux soins techniques. Il explique ici l'attirance de ce geste technique pour les jeunes urgentistes. Là encore nous retrouvons cette fixation sur le geste technique qui impacte l'organisation de la prise en charge.

Il donne ensuite son point de vue aux l 72-78 ; l 79-82 et il le répète encore l 206-214. Cela montre que pour lui il est important que l'urgentiste garde, sur ce genre d'intervention, un rôle de leader, prenne du recul pour garder une vision globale de l'intervention. Et que c'est aussi au regard des compétences de l'IADE de faire en sorte que l'urgentiste ne s'enferme pas dans les soins pour garder son positionnement. Pour lui, l'IADE doit savoir suggérer sa plus-value l 159-160 : « par contre savoir suggérer notre plus-value quand on sent que la personne est en difficulté ». Malgré tout, d'après ses dires l 200-204 : « le médecin urgentiste, c'est lui qui va prendre le leadership, maintenant il existe aussi, il y a une histoire de charisme si j'ose dire, certains médecins urgentistes vont avoir du mal à prendre le leadership de certaines interventions », nous pouvons imaginer que l'IADE se voit prendre la place de leadership dans certaines situations.

Concernant l'organisation, il termine en expliquant le fonctionnement de son service l 247-249 : « alors là c'est spécifique à *, quand on travaille au SMUR de * on travaille également en réanimation, on a donc un mi-temps sur ce service ». Il serait intéressant de savoir comment s'organisent les autres SMUR et quel est l'impact de l'organisation sur la collaboration.

Il accorde ensuite une partie de l'entretien aux connaissances de l'expertise IADE par les urgentistes.

A la l 144-145, il commence par dire que les urgentistes ne connaissent pas le rôle de l'IADE.

A la l 104-109 et l 148-150 des éléments montrent que les urgentistes connaissent vaguement les compétences de l'IADE et la formation qu'ils ont suivie. Et il dit plus loin, que chacun a une image plus ou moins claire des compétences de l'IADE. « Certains savent précisément, ils connaissent précisément notre rôle et nos compétences et d'autres pensent l'inverse, pensent qu'on peut poser des voies centrales... ». Au regard de ces informations et du discours de l'IADE, il est pour moi important de savoir suggérer sa plus-value afin d'optimiser la reconnaissance des compétences de l'IADE.
Ces informations sont donc en lien direct avec les idées de D'Amour et du professeure E.A. Henneman sur les déterminants de la collaboration.

Parlons maintenant des atouts de la collaboration.
Dans l'entretien, l'IADE explique clairement sa plus-value durant l'intervention. Il nous raconte qu'il a pu faire face aux difficultés du jeune médecin qui n'arrivait pas à intuber. « j'ai été appelé sur l'autre victime..., j'ai été appelé pour réaliser l'intubation », « là on sent qu'on a un rôle de pivot dans ce genre d'intervention ». Il dit aussi à la l 206-214 « le médecin peut lui tout faire sur intervention il est capable de tout faire... ». Ces affirmations mettent donc en avant la complémentarité de compétences.
De plus, les compétences de l'IADE sont pour lui bénéfiques pour la prise en charge du patient. De par ses compétences, il peut donner des suggestions en ce qui concerne son domaine de compétences. « du moins au patient de bénéficier d'une ventilation qui sera de meilleure qualité » et un gage de sécurité (l 114-116), « les jeunes médecins vont même jusqu'à pousser le vice jusqu'à demander des conseils notamment sur les posologies... »
Dans ce paragraphe, on retrouve bien les différents items développés dans le concept de collaboration et les atouts de la collaboration IADE/urgentiste.
L'entretien m'a également donné la possibilité de développer cette discussion et mettre davantage l'accent sur la plus-value de l'IADE. Celui-ci élargit son discours et pense que l'IADE peut également apporter une plus-value dans la prise en charge du patient en pré-hospitalier de par sa formation et son expérience l 263-264 : « cette compétence là en plus, ou du moins cette plus-value supplémentaire » et l 279-280 : « C'est vraiment ce qui peut peser dans la balance pour les IADE ». Il énonce les domaines où l'IADE peut apporter une plus-value et justifier sa place dans ces situations. Cette plus-value concerne les domaines de la pédiatrie, de la gynéco-obstétrique, des urgences hémorragiques ou encore toute la gestion des amines. (l 269-278)

En ce qui concerne les limites de la collaboration retrouvées dans l'entretien, nous avons parlé de l'autonomie de l'IADE. Pour lui, l'autonomie est nécessaire pour des raisons de service, l 164-172.

Il développe ensuite l'autonomie dans l'organisation de l'intervention. Aux l 182-192, il trouve qu'il y a des médecins qui vont les laisser gérer la sédation d'un patient et d'autres qui ne vont leur laisser aucune initiative. C'est pour moi, un élément important qui montre que malgré les compétences et la présence d'un IADE en intervention, celui-ci peut ne pas mettre à profit ses compétences et contribuer à optimiser la prise en charge du patient. Ceci fait à nouveau référence aux connaissances des compétences de chacun et au style de leadership.

Il termine en disant que l'établissement de règles à l'avance permet de palier à ce problème (l 185-192). Ceci fait à nouveau référence à l'idée de suggérer, de proposer dans le but d'améliorer la reconnaissance des compétences de l'IADE et le fonctionnement du binôme.

Je termine par les éléments auxquels je ne m'attends pas dans cet entretien.

Pendant la discussion, l'IADE peut être perçu comme une économie, une économie de médecin au regard de ses compétences. Je cite à la l 120-127 « il envoie un IADE là où il peut pas envoyer un infirmier... c'est parfois perçu comme l'économie d'un médecin ». Cette démarche est pour lui glorifiante car elle démontre son niveau de compétence, ce qui montre ici la plus-value de l'IADE en SMUR.

<u>Entretien C</u> :

Il s'agit d'un urgentiste qui a 6 mois d'expérience dans ce domaine d'activité. La durée de l'entretien est de 19 minutes.

Tout d'abord, rappelons qu'il s'agit d'une situation en SMUR primaire, avec une équipe composée d'un urgentiste, d'une infirmière et d'un ambulancier.

Commençons par relever des déterminants de la collaboration. D'après ce que l'urgentiste nous explique, il s'agit d'une situation complexe nécessitant la prise en charge des voies aériennes d'un patient dans un endroit exigu. Pour commencer, on remarque dans la discussion qu'il y a une participation de chacun des intervenants y compris les pompiers « y'avait deux pompiers, un qui portait la perf, l'autre qui portait le respi parce qu'il y avait pas de place, un autre qui tenait le matériel en attendant que j'intube ».

Il raconte ensuite le déroulement de la prise en charge. Dès la l 35-36 : « c'est une infirmière..., c'est une très bonne amie avec qui je travaille depuis longtemps », nous constatons que ce binôme se connaît et fonctionne.

Aux l 42-43 et l 49-51 l'urgentiste participe aux soins et assiste l'infirmière pendant la pose de la voie veineuse et le prélèvement sanguin. « Pendant qu'elle perfusait c'est moi qui reprenais les constantes comme ça on gagnait du temps ». Ceci montre à nouveau que le binôme fonctionne et montre un gain de temps dans l'organisation des soins.

Dans son discours, on ne retrouve pas vraiment de statut de leader comme présenté dans les précédents entretiens, à savoir une posture d'urgentiste qui donne des consignes, hormis à un moment de la discussion où il donne une consigne à l'infirmier l 116-118 « le ballonnet je voulais que ce soit quelqu'un qui ait l'habitude de le faire... »

Il met aussi en avant la confiance qu'il a en son infirmière avec qui il travaille depuis longtemps et son expertise, à la l 35-36 « c'est une infirmière..., c'est une très bonne amie avec qui je travaille depuis longtemps » et l 38-39 « elle s'est mise sur le côté d'emblée pour perfuser, le patient était inconscient elle savait qu'on allait au moins avoir besoin d'une voie ».

Nous pouvons imaginer que le relationnel avec l'infirmière ne nécessite pas le même style de leadership ici. Néanmoins, la connaissance de chacun des professionnels est un moyen pour que le binôme fonctionne. Ensuite, il explique qu'il n'y avait pas de geste spécifique dans cette intervention hormis l'intubation. Intubation qui n'a pas posé de problème puisqu'il s'agissait d'un patient standard selon l'urgentiste « on était sur un patient entre guillemets standard, quand on l'évaluait il avait pas de critères de difficultés d'intubation... ».

De plus, il nous dit que l'infirmière était autonome pour préparer le matériel standard nécessaire pour l'intubation et parle de matériel protocolisé pour ce soin.

Dans son discours, mise à part la taille de la sonde, l'infirmière ne s'est pas retrouvée en difficulté pour préparer le matériel en vue d'une prise en charge des voies aériennes.

Pour la réalisation, il raconte que c'est lui qui a intubé le patient, qui a programmé le respirateur et qui a poursuivi le reste de l'intervention à la tête pour sécuriser la sonde.

Je lui ai ensuite demandé si dans le cadre de la même intervention, la présence d'un IADE aurait modifié l'organisation durant l'intervention. Celui-ci m'explique à la l 133-136 qu'en effet, au regard de ses connaissances et de la confiance qu'il accorde aux IADE, il aurait laissé l'induction à l'IADE, et non pas le geste technique. Malgré les compétences de l'IADE

pour la gestion des voies aériennes, l'urgentiste n'avait donc pas l'intention de laisser la main à l'IADE.

En ce qui concerne les atouts de la collaboration retrouvés dans cet entretien, je retiens que l'urgentiste raconte que dans certaines situations, l 152-154, L'IADE peut faire face aux difficultés que rencontre cet urgentiste notamment pour l'intubation. Il va plus loin et donne un exemple, l 160-164 « la dernière fois en SMUR, j'avais une intubation difficile,... là j'ai demandé à l'IADE du SMUR intube et me remontre le geste donc du coup il a intubé ». Cela montre que l'IADE n'apporte une plus-value que dans certaines situations et sert avant tout à prendre la main en cas de difficulté pour l'urgentiste. On retrouve à nouveau l'importance, l'attirance du geste technique chez ce jeune urgentiste.
Il met aussi l'accent sur les compétences de l'IADE en disant l 185-186 « Après les choses que je peux laisser aux IADE c'est sur la ventilation, les réglages, de coordonner les soins pendant qu'on est en intervention et l'analgésie ça apporte une plus-value ».
Néanmoins, l'infirmier lui permet également d'apporter des suggestions pendant l'intervention notamment en ce qui concerne l'orientation, le suivi et le parcours de soins du patient, l 181-183.
En ce qui concerne les limites et pour faire le lien avec le concept de collaboration, on remarque qu'ici les qualifications de l'IDE ne sont pas respectées ou méconnues par l'urgentiste.
Aux l 110-113 « une fois la perfusion posée elle avait fini, elle a induit, elle a envoyé l'induction séquence rapide.... elle a ensuite fait la manœuvre cricoïde... »
De plus, je cite aux l 98-102 « on avait pris étant donné qu'il était comateux et qu'on l'avait induit on avait pris entre guillemets le risque de l'induire simplement, de le descendre et ensuite seulement arrivé dans le camion de mettre les pousses seringues de sufenta et de midazolam pour poursuivre, pour maintenir la sédation le temps du transport ». Ces informations me laissaient penser que dans cette situation, l'expertise de l'IADE aurait pu être bénéfique pour ce patient ou de limiter la prise de risque pour ce patient. C'est donc à travers cet entretien que l'on peut dire que l'IADE aurait joué un rôle dans le cadre de cette prise en charge.

Entretien D :

Il s'agit d'un urgentiste avec 31 années d'expérience au SMUR. La durée de l'entretien est de 27 minutes.

Relevons maintenant les éléments en lien avec le concept de la collaboration.

En ce qui concerne les déterminants de la collaboration, on retrouve en premier lieu et dès le début de l'entretien le statut de leader de l'urgentiste. L 37-38 « j'ai demandé au SMUR de * d'assurer l'hémostase et la propreté de la jambe », l 56-57 « c'est moi qui avais un statut de leader, ça s'est passé comme ça, très rapidement, de lui-même il a dit je vais mettre la voie veineuse » ou encore aux l 82-85 « quand j'ai vu qu'avec la jambe ils s'en sortaient pas, donc j'ai demandé à l'IADE « vas-y intube le, mets-toi aux voies aériennes et je vais m'occuper de la jambe parce que j'avais peur qu'elle saigne en fait ».

Il parle également dans l'entretien de son organisation avec l'IADE et explique que l'IADE avait un rôle technique sur cette intervention et proposait des actions au regard de ses compétences. On retrouve ces éléments l 32-33 « l'IADE finalement s'est occupé de l'abord veineux, il a été très rapide », l 62-63 « en fait d'emblée il m'a dit je mets une deuxième voie » et l 72-80 « l'IADE a dit je prépare l'induction je lui ai dit « oui prépare de quoi induire » ». Nous constatons que l'IADE était un renfort adapté pour le médecin du fait de ses compétences aux l 82-85 : « quand j'ai vu qu'avec la jambe ils s'en sortaient pas, c'est-à-dire qu'ils étaient un peu sidérés par les blessures de la jambe et ça je le comprends c'était une jeune équipe de * donc j'ai demandé à l'IADE « vas-y intube la, mets-toi aux voies aériennes et je vais m'occuper de la jambe » parce que j'avais peur qu'elle saigne en fait »

Il argumente ensuite son organisation l 87-91 et explique que son objectif était de prendre en charge la jambe et que le fait d'intuber ne lui permettrait plus d'avoir un regard sur celle-ci.

Dans son discours, on constate qu'il connaît les compétences de l'IADE, l 111-112 « je sais qu'il allait les contrôler, s'il y aurait un problème il m'aurait appelé » et l 126-128 « s'il n'y arrive pas c'est que c'est difficile, je pars de ce principe là, si c'est difficile bon c'est que c'est difficile pour tout le monde et on passe la main ». Ces citations montrent également qu'il y a ici un travail en binôme, une relation de confiance. D'après la l 232 et l 237-238, nous pouvons dire que ce binôme fonctionne puisqu'il y a un gain de temps dans la prise en charge et une organisation impactée par la présence de l'IADE.

Nous retrouvons aussi des éléments de confiance et de volonté de collaborer l 121-123 et l 175-183.

Il va plus loin à la l 196-200 en expliquant que c'est un confort pour lui et expose à nouveau ses connaissances au regard de l'expertise de l'IADE sur la gestion des voies aériennes.
On retrouve aussi dans cet entretien les atouts de la collaboration en lien avec ce concept.
On retrouve dans le discours de l'urgentiste la complémentarité de compétences l 151-164 « les compétences sont les mêmes.. » et il va plus loin en comparant ses compétences avec son expérience. Pour lui le seul niveau où l'IADE peut être en difficulté, ce serait sur la prise en charge des voies aériennes du nouveau-né. Ces informations font référence au maintien des compétences. Voulait-il dire qu'un passage au bloc infantile est nécessaire pour ces prises en charge spécifiques ?
Il montre bien dans ce qu'il raconte qu'il met à profit les compétences de l'IADE sur l'intervention et fait référence à l'utilisation des ressources dans le concept de collaboration l 115-120 « le fait que je puisse me dégager des voies aériennes et admettons que même si ça prend que 3-4 minutes, je peux faire autre chose... » et l 133-139 « il m'a énormément soulagé parce que j'ai pu m'occuper à 100% de la jambe ». Il expose ensuite clairement la complémentarité de compétence et le gain de temps pour la patiente, l 187 : « Oui on additionne les compétences et on gagne du temps »
Il retrouve également des éléments évoquant la sécurisation de la prise en charge à la l 139-140 : « j'ai dit « sécurise les voies aériennes je m'occupe de la jambe » », puis l 190-195 « l'IADE ce qu'il a c'est une sécurisation, je pense que c'est la formation de bloc opératoire qui est indispensable et qui permet d'être dans un univers très sécurisé... ». Il fait par la suite le lien entre la sécurité au bloc opératoire et la prise en charge d'un patient anesthésié en SMUR et dit que cette mission relève de l'IADE « et il faut le transposer dans quelque chose qui est en mouvement donc c'est ce qui peut paraître compliqué mais c'est ce job est tout à fait intégré par les IADE. ». Plus loin, il explique le rôle de leader de l'IADE dans la coordination, le management de l'intervention et son autorité de compétence de la l 267 à 274.
Il met encore l'accent sur les actions sécurisantes de l'IADE pour le patient, l 277-281 : « Par contre je sais que l'IADE va l'installer correctement dans l'hélico... que le respirateur soit bien accroché, il sera pas extubé, c'est pour ça que j'aime bien qu'il y ait des IADE au SMUR, ça m'apporte une compétence, une sécurisation, les IDE sont très compétents mais ils savent que tout ce qui est gestion respiratoire, voies aériennes, c'est pas leur domaine et c'est normal. On fait IADE si c'est leur domaine »
Pour terminer avec les atouts de la collaboration, l'urgentiste montre l'intérêt de la présence d'un IADE sur cette intervention. Nous retrouvons des éléments montrant que l'IADE a

contribué à l'optimisation de la prise en charge. L 224-225 : « Donc je voulais accélérer le processus tout en assurant au mieux la prise en charge de cette dame et faire en sorte que ça se passe bien ». L'IADE a permis de faire gagner du temps dans la prise en charge l 228-231 et l 242-246 « donc globalement avec l'IADE ça va plus vite quoi, les poso il me demande pas, il balance les seringues, les seringues de sédation étaient parties en fait, tout ça c'était en autonomie pour tout ce qui était induction, sédation du patient, contrôle des voies aériennes, sécurisation des voies aériennes et réglages du respi, voilà moi je m'en suis pas occupé ». Nous le retrouvons également l 260-267 : « Oui alors quand je dis qu'on a gagné 20 minutes, c'est parce qu'après il y a la phase de mobilisation, de brancardage, comme je vous disais, un IADE finalement, transférer un patient intubé, les vieux infirmiers du SMUR savent le faire, les jeunes non, et tout le management d'un patient intubé quand je rentre dans la cellule sanitaire de l'hélico, c'est assez complexe donc je sais que globalement le risque d'extubation, de déperfusion, de management de la sédation en continu pendant tous ces temps de manipulation, de brancardage dans un champ ils ont cette habitude. »
L'urgentiste explique ensuite les raisons pour lesquelles l'IADE présente une plus-value et un gain de temps. Pour lui, les compétences de l'IADE permettent une autonomie qui optimise le temps de cette prise en charge quand il dit l 250-253 « Il le redemande pour une sécurisation, ils le redemandent pas parce qu'ils sont pas sûrs ils le redemandent parce qu'ils veulent être sûrs que le médecin a donné les bonnes consignes »
Cet urgentiste termine en disant que la gestion des voies aériennes reste une exclusivité de compétence de l'IADE ,l 300-303 « des gens qui n'ont pas su raccorder des respirateurs parce qu'ils avaient la tubulure d'un autre respirateur ils ne prenaient pas le bon, c'est fréquent! Ne croyez pas que c'est pas fréquent ! C'est très fréquent, ça n'arrive jamais à quelqu'un du monde de l'anesthésie, jamais ».

En ce qui concerne les limites de la collaboration, je ne retrouve dans son discours que la perception de l'autonomie. Nous constatons que l'autonomie de l'IADE est appréciée chez cet urgentiste et celle-ci est mise en avant pour optimiser la prise en charge de la patiente l 211-218 « je ne lui aurais pas laissé les voies aériennes, je l'aurais laissé travailler sur les membres inférieurs. Alors je lui aurais demandé de me préparer les drogues, la préparation du plateau d'intubation, même la poursuite de la sédation. En fait, ce qu'il y a c'est que l'avantage de l'IADE c'est que j'avais même pas besoin de demander les posologies, les posologies pour l'IDE je vais lui répéter, bon ça fait pas perdre de temps ça c'est pas très compliqué, par

contre c'est moi qui aurait dû l'intuber, sécuriser la sonde, la contrôler et régler le respi, donc finalement ça prend quand même l'un dans l'autre ça prend 6, 7, 8 minutes quoi donc ces 8 minutes on ne se serait pas occupé de la jambe »

Parlons maintenant des éléments non attendus. Une partie de l'entretien a également été consacrée à l'anesthésie en SMUR. Ayant eu des informations à ce sujet dans un précédent entretien, et au regard d'éléments évoquant l'anesthésie l 44-45, j'ai demandé l'avis du médecin urgentiste sur la présence ou non d'anesthésie en SMUR. Il commence alors par me rappeler les missions du SMUR en disant que le SMUR c'est transporter des patients qui ont été jugés non transportables, l 284-287. Il continue en développant son explication et pense qu'il faut qu'un patient anesthésié bénéficie d'un environnement de bloc opératoire mobile, l 292-297 et donc de personnels compétents « c'est-à-dire que si j'ai du personnel qui n'a pas la compétence du bloc opératoire... je mets tout de mon côté pour que ça se passe mal... ». Il illustre par des exemples concrets d'incidents avec des personnes non expertes dans ce domaine aux l 298-302.
Il termine en affirmant que pour lui, il y aura toujours de l'anesthésie en SMUR, l 311-315 « il y a de l'anesthésie en SMUR et il y en aura toujours, ce serait une hérésie de dire qu'il y en a pas ».
D'après ce discours, je peux dire que pour lui l'anesthésie en SMUR est présente, elle nécessite la présence de personnels compétents, à savoir les IADE pour l'assurer. Ne pas mettre ces personnels pour cette prise en charge favoriserait le risque d'incident dans la prise en charge du patient.

<u>Analyse croisée des entretiens</u> :
Après avoir analysé chacun des entretiens, nous allons maintenant les comparer et les mettre en lien avec le concept de collaboration. Tout d'abord, nous constatons que dans chacune des situations, les personnes interrogées nous ont parlé d'anesthésie et de prise en charge des voies aériennes.
Dans chacun des entretiens, tous parlent de leur intervention en mettant l'accent sur l'organisation.
Dans les entretiens A, B et D qui correspondent aux deux IADE et l'urgentiste expérimenté, nous retrouvons l'organisation et la fonction de chacun des intervenants. Tous disent que

l'urgentiste a un statut de leader dans l'intervention et dans les situations de tous les IADE, l'urgentiste reconnaît les compétences de l'IADE au regard de ses directives.

Tous les IADE pensent que l'organisation de la prise en charge est médecin dépendant. Elle dépend de la connaissance du binôme, c'est-à-dire de la connaissance des compétences de l'IADE. De plus, l'expérience de l'urgentiste peut aussi avoir un impact dans l'organisation. Dans tous les entretiens des IADE, nous constatons une attirance pour les gestes techniques chez l'urgentiste peu expérimenté. Dans chaque situation les IADE pensent que le geste technique qu'est l'intubation attire les jeunes urgentistes, il s'agit d'un geste qui fait rêver pour l'IADE de l'entretien A. Ce sont eux qui se positionnent à la tête en intervention pour prendre en charge les voies aériennes, ce qui n'est pas le cas des urgentistes expérimentés selon les IADE interrogés. L'expérience de l'urgentiste a donc un impact dans l'organisation de la prise en charge du patient.

Dans les entretiens A, B et D, c'est donc l'IADE qui se charge en partie des soins techniques et notamment de l'intubation. Tous les IADE donnent aussi leur avis et pensent que les soins, en l'occurrence la prise en charge des voies aériennes, doivent être laissés aux IADE pour que l'urgentiste puisse garder son rôle de leader, coordonner, prendre de la hauteur. Pour les IADE, l'urgentiste doit avoir un rôle de leader pour diriger l'intervention et eux doivent avant tout s'occuper des gestes techniques. L'IADE peu expérimenté ajoute que c'est au regard de ses compétences que l'IADE se doit de faire en sorte que l'urgentiste ne s'enferme pas dans les soins pour garder son positionnement.

L'urgentiste expérimenté, dans son témoignage avance qu'il a également ce rôle et confirme ce que tous les IADE disent. Son objectif était de prendre en charge la jambe et que le fait d'intuber ne lui permettrait plus d'avoir un regard sur celle-ci.

Pour l'urgentiste peu expérimenté de l'entretien C, il s'agit d'une intervention avec la présence d'un infirmier. Il explique la participation de chacun durant l'intervention. Il nous raconte également dans ses actions qu'il assiste l'infirmière pour la pose de la voie veineuse et le prélèvement sanguin et que c'est lui qui prend en charge et assure les voies aériennes.

Le jeune urgentiste ne s'est donc pas du tout organisé de la même façon. Il s'agit d'un statut de leader différent, mais qui d'après son discours ne lui a pas posé de problème. Nous constatons également qu'il s'agit d'un binôme qui se connaît très bien et qui fonctionne. Celui-ci raconte que c'est lui qui s'est chargé de l'intubation et que l'infirmière avait préparé seule le matériel nécessaire pour le geste. Il explique aussi que c'est lui qui a réglé le

respirateur, et assuré la sécurisation des voies aériennes pendant le restant de l'intervention. Néanmoins, avec la présence d'un IADE, il lui aurait laissé l'induction.

Nous pouvons alors imaginer qu'il se serait mis à la tête. Ceci confirme donc le point de vue de tous les IADE qui ont expliqué l'attirance pour le geste technique, notamment l'intubation, pour les jeunes urgentistes.

Parlons maintenant d'un autre déterminant de la collaboration.

Dans l'entretien de tous les IADE, on retrouve le manque de connaissance des compétences de celui-ci. Pour eux, les urgentistes ont tous une image différente de l'IADE. Ils connaissent peu le rôle, les compétences et la formation suivie par l'IADE. Il peut être perçu comme un infirmier lambda, des IADE voire des petits médecins pour la personne interrogée de l'entretien A. En plus de la méconnaissance des compétences de l'IADE évoquée par tous les IADE, le leadership de l'urgentiste peut aussi avoir un impact dans la collaboration avec l'IADE et dans la prise en charge du patient selon l'IADE expérimenté.

Pour lui, ce problème de méconnaissance des compétences de l'IADE et cette organisation est en lien avec nos formations respectives qui sont totalement différentes.

L'IADE peu expérimenté va plus loin en développement un comportement qui peut optimiser la collaboration et la reconnaissance de l'IADE. Pour lui, il faut savoir suggérer sa plus-value, et établir des règles à l'avance pour assurer le bon fonctionnement du binôme.

Quant à l'urgentiste peu expérimenté, il met en avant les actions et son organisation avec l'infirmière. Il s'agit d'un binôme qui fonctionne et parle de gain de temps durant la réalisation des soins avec l'infirmière. Il expose également les gestes sur lesquels il pourrait laisser l'IADE, à savoir la ventilation, l'induction, la coordination des soins et l'analgésie.

On retrouve également dans le discours de l'urgentiste expérimenté la reconnaissance des compétences de l'IADE, de son expertise, notamment en ce qui concerne la prise en charge des voies aériennes, la coordination des soins et son autonomie. Nous pouvons remarquer une connaissance plus importante chez l'urgentiste expérimenté, une réelle confiance et une considération de ses compétences au regard des consignes qu'il lui donne dans son intervention. L'urgentiste expérimenté affirme aussi que la présence de l'IADE a permis un gain de temps dans la prise en charge.

Pour faire le lien avec les discours des médecins, pour l'urgentiste peu expérimenté, il parle de gain de temps en lien avec la connaissance de son binôme, et l'urgentiste expérimenté parle de gain de temps en faisant référence aux compétences de l'IADE.

Ceci confirme donc que la présence de l'IADE peut dans certaines situations apporter un gain de temps, une plus-value dans la prise en charge du patient.

En ce qui concerne les atouts de la collaboration.

Dans ces 4 entretiens, nous retrouvons plus ou moins tous les atouts de collaboration développés dans ce concept.

Dans les entretiens A et B des IADE, ils mettent en avant la complémentarité de compétences comme une plus-value dans la prise en charge du patient. Pour l'IADE de l'entretien A, cela augmente les chances pour la victime. Néanmoins, pour lui, la présence d'un IADE n'est pas toujours justifiée, nécessaire. Pour l'IADE de l'entretien B, il peut de par ses compétences, suggérer, apporter une plus-value dans la prise en charge. Il va plus loin et énonce les domaines où il peut être un bénéfice pour le patient et où sa place est justifiée dans l'équipage.

En ce qui concerne les entretiens des urgentistes, l'IADE contribue aussi à optimiser la prise en charge. Pour le jeune urgentiste, l'IADE permet de faire face aux difficultés qu'il rencontre. Il résume aussi les tâches qu'il pourrait déléguer à l'IADE.

L'urgentiste expérimenté met en avant la complémentarité de compétences dans son discours, notamment sur la prise en charge des voies aériennes. L'urgentiste va plus loin en comparant ses compétences à celles des IADE. Il fait référence au maintien des compétences en évoquant l'intubation néonatale et met en avant sa formation qui lui a permis d'être expérimenté dans ce domaine. Selon lui, certains gestes, notamment l'intubation infantile, nécessitent d'être réalisés de nombreuses fois pour être acquises.

Un domaine que l'on retrouve dans l'entretien de l'IADE non expert et l'urgentiste expérimenté, est la notion de sécurité. A plusieurs reprises, ces deux personnes interrogées mettent l'accent sur la sécurisation de la prise en charge par l'IADE. L'urgentiste expérimenté fait aussi le lien entre la sécurité au bloc opératoire et la prise en charge d'un patient anesthésié en SMUR. Pour lui, la formation des IADE concernant la sécurité en bloc opératoire, permet aussi de sécuriser la prise en charge du patient au SMUR. Il va plus loin en parlant de la gestion des voies aériennes et affirme qu'il s'agit d'une exclusivité de compétences de l'IADE, l 300-303.

L'urgentiste peu expérimenté a mis en avant les suggestions proposées durant l'intervention. L'IADE de l'entretien B explique qu'il est force de suggestions en intervention, au même titre que l'infirmière qui donne des suggestions au regard de ses compétences dans la prise en

charge du patient dans le discours de l'urgentiste peu expérimenté. IADE comme IDE sont donc force de propositions au regard de leurs compétences.

En ce qui concerne les limites retrouvées en lien avec le concept de collaboration dans les entretiens, nous retrouvons en premier lieu la perception de l'autonomie.

Malgré ce que j'ai pu développer dans le concept de la collaboration, l'autonomie n'est pas présentée comme une limite à la collaboration.

On constate, d'après les entretiens A et D, que l'autonomie de l'IADE présente un bénéfice pour l'urgentiste et pour la patiente car elle permet de faire de gagner du temps, d'être plus rapide dans la prise en charge.

L'IADE expérimenté met son autonomie en avant et dans ses pratiques comparativement à certains infirmiers qui ne sont pas autonomes sur leurs gestes.

Pour l'IADE peu expérimenté, l'autonomie est pour lui nécessaire pour des raisons de service. Ce contexte d'autonomie ne peut donc pas être interprété dans ce cas. Néanmoins, pour les deux IADE, cette autonomie reste à l'initiative de l'urgentiste.

Un autre point est développé dans les limites de la collaboration.

Dans l'entretien A, l'IADE nous explique aussi que les comportements peuvent avoir un impact sur la collaboration. Pour lui, des comportements d'IADE peuvent altérer la relation avec l'urgentiste. Nous pouvons faire le lien avec les déterminants de la collaboration développés précédemment. Ces comportements, en plus de la méconnaissance des compétences de l'IADE et de l'attirance pour l'intubation chez les jeunes urgentistes, peuvent aussi avoir un impact dans l'organisation.

En ce qui concerne l'entretien C du jeune urgentiste, je remarque qu'ici la collaboration avec l'infirmier présente une limite puisque les qualifications de l'infirmier ne sont pas respectées. Nous pouvons nous demander si c'est l'infirmier qui ne connaît pas le texte réglementaire stipulant son impossibilité d'injecter des agents anesthésiques ou l'urgentiste qui ne sait pas que l'infirmière n'est pas compétente dans ce domaine.

De plus, le fait que l'équipe prenne le risque de poursuivre l'anesthésie après l'induction qu'au VSAV, sachant que le transport vers le véhicule paraît compliqué selon ses dires, cela révèle pour moi une prise de risque pour le patient. La présence d'un IADE aurait peut-être permis que l'anesthésie soit poursuivie dès le lieu de l'induction.

Pour finir, nous allons maintenant parler des éléments auxquels je ne m'attendais pas dans les différents entretiens.

Ils concernent l'anesthésie en SMUR ainsi que l'activité IADE.

Les personnes interrogées de l'entretien A et D ont évoqué l'anesthésie en SMUR. L'IADE affirme qu'il n'y pas d'anesthésie en SMUR sinon il y aurait des médecins anesthésistes réanimateurs et non des urgentistes. Ce qui est en totale opposition avec l'entretien de l'urgentiste expérimenté qui pense qu'il y a et qu'il y aura toujours de l'anesthésie en SMUR. Il rappelle également que le SMUR a pour objectif de transporter des patients non transportables, et sans anesthésie ce ne serait pas possible. Ces affirmations peuvent me laisser penser que IADE et urgentiste n'utilisent pas le même langage pour parler de l'anesthésie. Mais, c'est bien l'IADE qui affirme qu'il n'y a pas d'anesthésie en SMUR. Nous pouvons nous demander si pour lui, l'anesthésie ne se réalise qu'avec un médecin anesthésiste réanimateur. Néanmoins, bien que l'utilisation de ce terme n'ait peut-être pas les mêmes significations pour ces personnes, il s'agit bien d'anesthésie et de l'activité que l'on retrouve en SMUR, c'est-à-dire transporter des patients non transportables pour reprendre le discours de l'urgentiste expérimenté. Pour moi, les situations racontées dans les entretiens montrent que l'anesthésie est bien présente en SMUR et fait partie intégrante des compétences de l'IADE.

Enfin, un point que seul l'IADE peu expérimenté a évoqué. Il pense qu'il peut être perçu comme l'économie d'un médecin en ce qui concerne les transferts de patients. J'imagine d'après ce qu'il dit, que c'est en lien avec les raisons de services qu'il a évoquées dans son entretien ou en lien avec la modification du texte réglementaire de mars 2017 qui stipule que l'IADE est seul habilité à transférer des patients intubés ventilés stables. Cette démarche démontre la reconnaissance pour lui des compétences de l'IADE.

3.6. Résultats et synthèse :

Par rapport à mon choix de laisser la personne interrogée parler d'une intervention de son souhait, je constate que tous, IADE comme urgentistes, m'ont parlé d'une intervention nécessitant anesthésie, sédation avec prise en charge des voies aériennes. Cela rejoint les éléments que nous avons développés précédemment et confirme l'idée que l'on a de l'anesthésie en SMUR. Il est difficile de savoir, si ces situations ont été exposées parce qu'elles étaient rares ou non. De plus, je n'avais pas imposé le personnel présent dans les équipes. Trois entretiens étaient composés d'un IADE et un entretien, celui du jeune urgentiste expérimenté, était composé d'une infirmière. La notion d'équipe complète fait

donc référence à la présence d'un infirmier ou d'un IADE mais n'apporte pas de spécificité. La durée des entretiens est variable, entre 19 et 27 minutes.

D'après l'analyse des 4 entretiens, tous ont développé l'organisation et la fonction de chacun dans leur situation. Les deux IADE et l'urgentiste expérimenté ont développé le statut de leader dans l'intervention et leur point de vue sur le rôle de chacun. Clairement, pour optimiser la prise en charge, permettre de gagner du temps et augmenter les chances pour le patient, l'IADE doit avoir un rôle de technicien dans les interventions. Quant à l'urgentiste, il se doit d'avoir ce statut de leader, de coordonner, de garder de la hauteur sur intervention et donc de ne pas s'enfermer dans un geste technique. C'est d'ailleurs le comportement qu'a eu le jeune urgentiste dans ce qu'il raconte de son intervention. Notons cependant qu'il était avec une infirmière qui ne possédait pas les compétences pour intuber.

Les déterminants développés par les deux IADE qui impactent l'organisation de la prise en charge sont la méconnaissance des professions respectives des professionnels, l'attirance pour les gestes techniques notamment l'intubation chez les jeunes urgentistes, des comportements inadaptés d'IADE. Certains styles de leadership peuvent aussi impacter la collaboration, à savoir le leadership autocratique.

Pour eux, les urgentistes méconnaissent les compétences et le rôle des IADE. Tous ont une image différente de l'IADE et cela a des conséquences sur la collaboration IADE/urgentiste. Pour illustrer, on constate que les connaissances entre les deux urgentistes interrogés sont différentes. L'urgentiste expérimenté va beaucoup plus loin dans son discours sur les compétences de l'IADE, sur les tâches qu'il peut lui confier, sur l'expertise qu'il peut mettre en avant durant l'intervention. On retrouve parmi celles-ci la gestion des voies aériennes, l'anesthésie en SMUR, la coordination des soins et la sécurisation de la prise en charge. L'IADE peu expérimenté donne un comportement qui, pour lui, permet d'optimiser la collaboration avec l'urgentiste. Il faut savoir suggérer ses compétences et établir des règles au préalable avec son binôme.

Néanmoins, dans tous les entretiens et surtout ceux où l'IADE était présent en intervention, on retrouve de nombreux éléments évoquant les atouts de cette collaboration.

La complémentarité de compétences, la possibilité de faire face aux difficultés, la notion d'entraide, de soutien, d'utilisation des ressources, sont des items que l'on retrouve à la fois dans les entretiens et dans les atouts du concept de la collaboration. Les entretiens montrent que ces atouts permettent de faire gagner du temps dans la prise en charge du patient.

On retrouve également la notion de sécurité évoquée par l'IADE peu expérimenté et l'urgentiste expérimenté. Tous ces éléments montrent la plus-value de l'IADE dans la prise en charge d'un patient en SMUR. Cette plus-value a surtout été développée dans les contextes bien définis, à savoir l'anesthésie, sédation et la prise en charge des voies aériennes. Pour l'IADE expérimenté, sa présence n'est pas toujours justifiée en intervention.

Seul l'IADE peu expérimenté développe dans son entretien des domaines où il peut apporter une plus-value dans la prise en charge. On retrouve la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, la prise en charge du choc hémorragique et la gestion des amines.

En ce qui concerne les limites exposées dans le concept de la collaboration, on retrouve notamment l'autonomie. Je constate que malgré ce que j'ai développé dans le concept de la collaboration, l'autonomie est bien perçue par les professionnels interrogés. Dans les entretiens A et D, l'autonomie de l'IADE présente un bénéfice pour l'urgentiste et pour la patiente car elle permet de faire gagner du temps, d'être plus rapide dans la prise en charge et donc d'augmenter les chances pour le patient.

Pour l'IADE peu expérimenté, l'autonomie est pour lui nécessaire pour des raisons de service. Mais tous les IADE interrogés s'accordent à dire que l'autonomie reste à l'initiative de l'urgentiste. La méconnaissance des compétences de l'IADE, l'attirance pour les gestes techniques, les comportements peuvent impacter l'organisation des soins et donc impacter l'autonomie de l'IADE. Je pense qu'au regard de ce qu'a dit l'IADE peu expérimenté, il faut avant tout savoir suggérer sa plus-value dans le but d'optimiser la prise en charge.

Pour l'entretien du jeune urgentiste, il est difficile d'évaluer l'autonomie de l'IADE puisqu'il s'agit d'un infirmier. Mais l'entretien montre que la collaboration IDE/urgentiste présente une limite et un risque pour les intervenants et le patient dans ce contexte de prise en charge. L'infirmière exerce ici une pratique illégale de l'anesthésie au regard de ses compétences et l'équipe a ici pris un risque anesthésique pour le patient en le transférant sans poursuivre l'anesthésie durant un transfert complexe jusqu'au VSAV. Nous pouvons supposer que l'IADE aurait pu apporter son expertise, notamment en ce qui concerne l'anticipation et la sécurisation anesthésique.

Les comportements des professionnels de santé peuvent aussi être une limite au développement de la collaboration. Ce point a surtout été développé par l'IADE expérimenté qui disait pour rappel que « les IADE pouvaient passer pour des cowboys, se faire passer pour des petits médecins ». Ces comportements ont donc un impact dans la relation avec l'urgentiste. Pour lui, l'origine de ces problèmes est en lien avec la formation respective de

l'urgentiste et l'IADE qui sont totalement différentes. Ceci nous ramène aux idées de Mariano qui explique que le système éducatif peut être un frein à la collaboration.

Je termine en parlant des éléments auxquels je ne m'attendais pas et donc de la présence de l'anesthésie en SMUR.

Deux personnes interrogées en ont parlé dans l'entretien. L'IADE expérimenté affirme qu'il n'y en a pas en SMUR sinon ce serait des médecins anesthésistes réanimateurs et non des urgentistes. A l'inverse, l'urgentiste expérimenté affirme qu'il y a et qu'il y aura toujours de l'anesthésie en SMUR parce que c'est une obligation de la mettre en place pour transporter certains patients.

Malgré le discours de l'IADE expérimenté, les 4 entretiens ont tous parlé d'anesthésie, de sédation et de prise en charge des voies aériennes. Il serait alors intéressant de savoir comment chacun définit « l'anesthésie » notamment l'IADE qui pense qu'il n'y en a pas. Et cela nous renvoie aux limites de la collaboration par l'absence de compréhension commune entre les disciplines qui peuvent utiliser des langages différents ou un mode de questionnement différent. L'IADE a-t-il dit qu'il n'y en a pas, pour dire que l'anesthésie se déroule au bloc opératoire avec des médecins anesthésistes réanimateurs?

<u>En synthèse:</u>

Cette recherche m'a permis de comprendre qu'en effet la collaboration IADE/urgentiste peut apporter une plus-value dans la prise en charge du patient en pré-hospitalier dans certaines situations. D'après les entretiens, l'IADE permet de faire face aux difficultés, avoir un rôle de soutien, d'entraide, d'optimisation des ressources pour l'urgentiste notamment en ce qui concerne les gestes techniques. L'urgentiste met aussi en avant ses compétences dans la coordination de l'intervention et assure une sécurisation de l'intervention. D'après les résultats, l'expertise de l'IADE permet un gain de temps en intervention, augmentant les chances pour le patient. Néanmoins, les personnes interrogées ont surtout mis l'accent sur les interventions nécessitant les compétences spécifiques de l'IADE : anesthésie, sédation et prise en charge des voies aériennes. D'autres situations dans lesquelles l'IADE apporte une plus-value ont aussi été développées. Nous retrouvons les domaines de la pédiatrie, la gynéco obstétrique, les chocs hémorragiques. Nous avons vu aussi que la présence d'un IADE n'est pas toujours utile. Néanmoins, cela veut dire qu'elle l'est parfois. Alors pouvons-nous courir le risque de ne pas prendre les compétences qui conviennent en intervention?

Nous avons également vu que, pour que la présence d'un IADE dans l'équipe apporte une plus- value dans la prise en charge du patient, il faut que tous les déterminants de la collaboration soient réunis pour que cela fonctionne.

Certains paramètres sont pour moi indispensables pour cette collaboration IADE/urgentiste.

Il faut que chaque intervenant connaisse les compétences et le rôle de chacun pour optimiser les ressources présentes au sein de l'équipe. D'après les résultats, il faut également que chacun ait un rôle au regard de son statut, ou idéalement un rôle pour chacun défini avant l'intervention. L'urgentiste se doit d'avoir un rôle de leader, dans la coordination de l'intervention, à l'inverse de l'IADE qui doit avoir un rôle de soutien technique. Il est évident que chacun doit donc respecter son rôle et sa place dans la collaboration afin d'assurer une bonne relation entre les protagonistes et permettre de gagner du temps pour augmenter les chances pour le patient. Afin d'améliorer la reconnaissance de l'IADE par les urgentistes et en gardant en tête l'idée d'optimiser la prise en charge du patient, l'IADE se doit de suggérer sa plus-value en intervention et l'établissement de règles au préalable permet d'optimiser l'organisation de la prise en charge.

3.7. Critiques et limites du dispositif de recherche :

Au vu du déroulement et des résultats de ma recherche, je me rends compte que ce n'est pas chose simple de réaliser un entretien semi-directif. De plus, il m'est arrivé d'induire les réponses dans mes questions de relance. Le fait de ne pas dévoiler l'objet de mon enquête aux personnes interrogées a rendu plus compliqué le déroulement de l'entretien. Néanmoins, je pense qu'il m'a permis de recueillir davantage d'informations.

La liberté pour les personnes interrogées de choisir l'intervention de leur choix avec la présence d'un infirmier ou d'un IADE a compliqué l'analyse. Il a été difficile de faire le lien entre les entretiens où l'IADE était présent et celui de l'infirmier.

J'ajoute également que ces résultats ne concernent que 4 personnes interrogées et un seul SMUR. Ces entretiens ne sont donc pas généralisables. Il serait intéressant de poursuivre cette enquête sur d'autres SMUR afin de pouvoir déterminer si on retrouve d'autres déterminants dans la collaboration, faire ressortir davantage les atouts et les limites de cette collaboration. Cela permettrait peut-être de savoir si l'organisation des SMUR impacte aussi la collaboration IADE/urgentiste.

4. Conclusion :

Ce travail de recherche me permet d'éclairer mon questionnement en ce qui concerne l'activité de l'IADE au SMUR. A partir de mes situations d'appel et de mes recherches, je comprends l'enjeu actuel de la place de l'IADE au SMUR. Bien que l'évolution de cette place soit en lien avec des contraintes démographiques IADE et les contraintes budgétaires, ce mémoire me permet de comprendre qu'il y a aussi des volontés médicales à l'origine de cette évolution. Au regard des résultats, je peux dire que la collaboration IADE/urgentiste reste, de par l'expertise de chacun des acteurs, le binôme pouvant apporter la meilleure plus-value dans la prise en charge du patient dans certaines situations.

Ce travail de recherche m'a également permis de mieux comprendre certains points. En effet, il modifie la vision que j'ai de la collaboration IADE/urgentiste au SMUR. L'analyse du cadre réglementaire de notre profession et le développement des concepts m'ont permis de comprendre davantage les rôles respectifs de l'IADE et de l'urgentiste. Néanmoins, le concept de la collaboration et les résultats sur la collaboration IADE/urgentiste démontrent que l'IADE doit avoir un rôle de soutien technique pour faire en sorte que l'urgentiste se positionne en tant que leader. Ce concept d'organisation permet comme nous l'avons vu, d'optimiser la prise en charge, de gagner du temps et d'augmenter les chances pour le patient.

Au-delà de ce contexte actuel, n'oublions pas que nous travaillons ensemble et avec un objectif commun, celui de la prise en charge optimale du patient. Pour terminer, j'ai constaté dans cette étude que l'IADE est souvent perçu de façons différentes selon les urgentistes. Si je devais poursuivre mon travail, il serait pour moi intéressant d'orienter ma recherche sur la question du développement de l'identité professionnelle de l'IADE.

Bibliographie

Site web :

Code de santé publique, textes réglementaires, profession infirmière ou infirmier, règles liées à l'exercice de la profession.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665 (consulté en janvier 2017)

Profession santé INFIRMIERE, actualité infirmière, enquête sur les SMUR, Situation actuelle et besoins en formation.
http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/4474.pdf (consulté en janvier 2017)

Huet B (2014), « Place de l'Infirmier anesthésiste en SMUR, Perspectives d'avenir », SNIA
http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snia_support_smur_bd_pages.pdf (consulté en janvier 2017)

SNIA, la profession IADE, histoire des infirmiers anesthésistes.
http://www.snia.net/lhistoire-des-iade.html (consulté en février 2017)

SFAR, le rôle de l'infirmier anesthésiste Diplômé d'Etat.
http://sfar.org/le-role-de-linfirmier-anesthesiste-diplome-detat/ (consulté en février 2017)

Référentiel de formation IADE.
http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/r%C3%A9f%C3%A9rentiel_de_formation_iade.pdf (consulté en mars 2017)

Référentiel de compétence de l'IADE.
http://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-de-competences-du,1296.html (consulté en février 2017)
Code de santé publique, textes réglementaires, profession infirmière ou infirmier, règles liées à l'exercice de la profession.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665 (consulté en février 2017)

SAMU Urgences de France.
http://www.samu-urgences-de-france.fr/ (consulté en février 2017)

Le métier de l'urgentiste et les compétences.
http://www.cmub.org/contenus/cmub/referentiel_metier_mu.pdf (consulté en avril 2017)

La formation de l'urgentiste.
http://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/desmu2017.pdf (consulté en avril 2017)

Michèle Kosremelli Asmar, Frédèric Wacheux « Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire »
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document (consulté en mars 2017)

Henri Tedongmo Teko and Yves Bapes Ba Bapes « Influence sociale et leadership dans la direction des personnes » Etudes de cas au Cameroun,29 septembre 2010
https://sociologies.revues.org/3204?lang=en (consulté en avril 2017)

Catherine Piguet « Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel »
https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00331476/document.p46-48 (consulté en avril 2017)

Bénédicte Goullet de Rugy « L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social: influence de l'organisation et de l'encadrement »
https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/autonomie.pdf p24-30 (consulté en avril 2017)

Alexandro Attely « Enqueteur social : statut professionnel et identité professionnelle »
https://blogs.mediapart.fr/alexandro-attelly//enqueteur-social-statut-professionnel-et-identite-professionnelle (consulté en avril 2017)

Articles :

F. Braun · P.Y. Gueugniaud · D. Pateron · B. Riou, « Quelle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain ? », Annales Française de la Médecine d'Urgences, 2016, p83-84

ANNEXES

Annexe1 : Grille d’analyse entretien A

Annexe 2 : Grille d’analyse entretien B

Annexe 3 : Grille d’analyse entretien C

Annexe 4 : Grille d’analyse entretien D

Annexe 1 : Grille d'analyse entretien A

LA COLLABORATION	L'IADE
LES DETERMINANTS Organisation/Leadership (Notion de leader dans l'équipe, participation de chacun, équité, liberté d'expression, interdépendance)	L 17 : Le médecin a donné ses instructions L 19-20 : moi je ventilais, moi je me suis mis à la tête pour intuber, le médecin m'a dit : « vas-y intube ». L28 : Lui était à la tête pour coordonner L30-32 : je lui mets une deuxième voie qui est une jug' externe pendant que lui coordonne le relevage, brancardage, donne les instructions du relevage brancardage L34-35 : je prépare les amines aussi du coup je prépare la noradrénaline que j'ai mis L38 : lui passe le bilan au centre 15, pendant ce temps je coordonne le transfert, l'installation dans le VSAV L49-51 : Moi je me suis mis à la tête parce que je ventilais, elle n'était pas ventilée et que c'était un arrêt hypoxique donc d'entrée de jeu pendant que le médecin coordonne et regarde ce qui se passe moi je commence, je suis vite dans la technique L54-57 : ma compétence donc je la ventile... D'autres médecins l'auraient fait. Ils se mettent à la tête pour intuber parce que un : certains veulent s'entraîner, deux: ça les fait rêver d'intuber, trois: ils considèrent que c'est une fonction médicale. L64 : les jeunes urgentistes oui, les vieux urgentistes laissent l'IADE intuber L75-77 : c'est que le médecin est là pour coordonner, que quand il va intuber surtout si c'est un peu dur il peut pas coordonner, donc c'est ça qu'il devrait laisser : l'IADE intuber quand il y a un IADE. L84-85 : dans le cadre de leurs compétences les gestes techniques doivent être laissés aux paramédic pour que le

Connaissances des compétences et expertise de l'autre et interdépendance	médecin puisse prendre de la hauteur, voire coordonner L88-89 : que l'intubation a été un geste qui faisait rêver, et le médecin et les jeunes IADE, L95-97 : Et les médecins veulent aussi être là dedans, clairement. Donc les médecins sont dans le geste médical qu'est l'intubation qui est le sauvetage, il faut intuber quoi. L159 : soit on me prend pour un IDE, soit on nous prend pour un IADE, voire un médecin L171-173 : fait ya des jeunes IADE et médecin et moins jeunes d'ailleurs qui considèrent que l'IADE est un infirmier tout court qui a des compétences en plus mais c'est pas forcément adapté au pré-hospitalier parce que c'est eux qui intubent L174 : l'IADE est là pour perfuser L176-178 : voila c'est à dire comme un IDE, pareil, et y'en a d'autres qui reconnaissent une autonomie en nous disant qu'il est pas bien vas-y on va l'endormir tu gères je vais voir la famille pour leur dire et donc on gère tout, L 46-48 : Non c'est parce qu'on se connaît bien avec l'urgentiste et qu'on en a déjà longuement discuté, que tous les deux l'intubation n'est plus un geste qui nous fait euh.... qui nous fait rêver, c'est comme l'intubation et la perfusion c'est pareil. L 177-182 : « on va l'intuber tu fais eto célo et hypno fenta », ou dripivan fenta, bon voilà c'est à dire comme un IDE, pareil, et y'en a d'autres qui reconnaissent une autonomie en nous disant qu'il est pas bien vas y on va l'endormir tu gères je vais voir la famille pour leur dire et donc on gère tout, y'a le matériel, l'induction, la sédation, etc et quand on revient soit ils se mettent à la tête ou ils nous laissent à la tête L 183-187 : enfin voilà et donc en fait il y a, et où sur d'autres choses, par exemple sur un AVP, deux victimes, il va dire prend en charge celle là, il a dit ça à un de mes collègues, il y

	avait une victime en arrêt sur un AVP et une qui était incarcérée, le médecin est allé voir l'incarcérée et a dit à l'IADE tu gères l'arrêt cardiaque. L188-189 : Il y a les deux parce que c'est compliqué pour un urgentiste il ne sait pas ce que c'est qu'un IADE L192 : ils ont une vague idée de l'IADE au bloc en secteur public L196-200 : donc ils ont une vision de l'IADE, ils ont tous des fantasmes un peu sur l'IADE, y'en a qui les prennent pour des petits médecins, y'en a d'autres qui nous prennent pour des infirmiers lambda à qui on autorise de faire mumuse, il y a de tout, chacun est dans sa représentation de l'IADE. Donc en fonction de ces représentations ils n'ont pas la même attitude. L214-215 : ils savent que ça existe parce que voilà mais ils savent pas ce qu'on peut faire ce qu'on peut pas faire L222-223 : pour eux ils ont peut être pas la notion qu'on maitrise ce genre de technique L225-226 : pour eux au mieux on est là pour intuber et surveiller des patients lourds intubés ventilés L231-233 : Ils apprennent à nous connaître sur le terrain c'est à dire que le jour où on part en primaire avec eux et qu'ils sont un peu emmerdés, que c'est un peu chaud, qu'on est là et qu'on apporte une plus value ils se disent « oé finalement voila » L 249-253 : nous on bosse avec des urgentistes qui sont des médecins généralistes qui se spécialisent aux urgences donc ils sont habitués à faire de la médecine générale en cabinet donc ils sont tout seul dans un cabinet de médecine générale, c'est pour ça qu'il sont formés quand même, après voilà ils sont pas formé euh... C'est deux formations complètement différentes
L'autonomie	L 271-273 : oui donc ça dépend des urgentistes, certains nous dictent ce qu'on doit faire, d'autres laissent beaucoup plus

	d’autonomie L 284-286 : S’il me laisse de l’autonomie, j’essaye de plus réfléchir, de plus lui filer un coup de main sur son coté quoi, lui proposer, pas lui apporter des solutions mais être force de proposition! L 290-293 : Après si je suis dans un rôle d'exécutant je ne propose pas. S’il me dit rien, je ne fais rien ou je fais parce que s’il n’a pas envie que je sois force de proposition, il a envie d’être seul, parce qu’il flippe, qu’il est stressé ou il a une idée très claire de ce qu’il veut et en démordra pas
LES ATOUTS Complémentarité de compétences

Possibilité de faire face à des difficultés	L119-121 :c’est toujours rassurant pour le médecin de savoir que s’il n’arrive pas à intuber... Ya quelqu'un d’autre qui peut lui mettre un tuyau et pareil pour les IADE c’est aussi rassurant L259-261 : n'empêche que les intubations difficiles en pré hospitalier c’est moi qui reprend la main au médecin même si j’intube 5 ou 6 fois par an c’est moi qui intube quand les médecins n’arrivent pas au SMUR
LES LIMITES DE LA COLLABORATION Perception de l’autonomie

Qualifications, statuts différents	L240-241 : mais c’est aussi parce que pour nous c’est pas facile de trouver une place, L242-246 : **comportement qui pourrait impacter votre relation en intervention?** Oui, plus il y a de cow boys, moins les relations urgentistes/IADE seront bonnes. C’est sûr, mais parce que nous on a pas été formé à ce que euh.. Nous on a été formé à bosser avec des anesth réa L248-253 : nous on bosse avec des urgentistes qui sont des médecins généralistes qui se spécialisent aux urgences donc ils sont habitués à faire de la médecine générale en cabinet donc ils sont tout seul dans un cabinet de médecine générale, c’est pour ça qu’ils sont formés quand même, après voilà ils sont pas formé euh.., c’est deux formations complètement différentes, nous on doit aussi s'adapter, mais comme eux doivent aussi s'adapter à nous,
LES INATTENDUS	L 205-208 : je pense qu’il n’y en a pas en SMUR...Parce que sinon il y aurait des médecins anesthésistes en SMUR et nous on a que des médecins urgentistes.

Annexe 2 : Grille d'analyse entretien B

LA COLLABORATION	L'IADE
LES DETERMINANTS Organisation/leadership (Notion de leader dans l'équipe participation de chacun, équité, liberté d'expression, interdépendance)	L 19-23 : en fait le médecin lui, dans son rôle, c'était de donner les ordres, de dire, déléguer techniquement les gestes qu'il y avait à faire, donc c'est clairement l'IADE, donc moi qui ai fait et la voie intra-osseuse, et l'intubation, donc une fois que c'était fait on faisait une réanimation avec un massage cardiaque externe, des ventilations mécaniques et donc l'administration d'adrénaline L 39-46 : il y avait un infirmier et là euh... Très clairement après, sur la réalisation d'un massage cardiaque externe et d'une réanimation sur un arrêt cardio-circulatoire, on a les mêmes compétences enfin moi en qualité d'infirmier anesthésiste mettre mes qualités au profit de deux équipes, mon savoir faire sur l'intubation, la première étant sur le médecin me faisant confiance me dit d'emblée « bon tu le fais » et le deuxième qui a été et qui m'a rappelé parce que bon on était sur la même intervention au final, il m'a rappelé pour me demander de l'aider donc c'est vrai que c'était assez satisfaisant sur le plan technique L 63-65 : on va dire qu'il y a plusieurs, les médecins sont quasiment tous des urgentistes, il y a très peu d'anesthésistes, donc on va dire qu'ils ont chacun un niveau d'expérience différent L 69-78 : enfin il y a un vrai clivage entre l'expertise de ces médecins donc sur les compétences techniques et théoriques, ils ont pas exactement les mêmes expériences et donc il n'auront probablement pas la même façon de voir l'intervention, celui qui est à l'aise sur le plan technique va très rapidement déléguer ça puisque lui si jamais il faut

	prendre la main, il saura le faire, alors que celui qui n'a pas beaucoup d'expérience en règle générale il va essayer de faire le geste technique même si du coup quand il rentre dans un soins technique, il perd le leadership de son intervention, il rentre dans un soin technique et donc quand ils sont dans un soin technique, pour le peu que ce soit compliqué, eh bien il ne peut pas faire autre chose et donc c'est vrai que nous on a la sensation que les médecins expérimentés laissent beaucoup plus la main aux IADE alors que les jeunes médecins veulent faire L 79-82 : ils perdent le leadership de leur intervention et c'est nous qui devons finalement prendre le rôle de supervisation puisque eux sont enfermés dans un geste technique et qu'ils ont du mal à revenir en arrière ou alors dans ces cas là nous notre rôle c'est de les aider à nous laisser la main sur un geste technique L 84-89 : pour que eux puissent reprendre un petit peu de recul et reprendre un petit peu le leadership de l'intervention, donc chaque intervention, c'est très très médecin dépendant, l'organisation est très médecin dépendante, il y a des médecins qui aiment se faire guider, il y a des médecins qui aiment avoir le leadership sur tout, il y a des médecins qui vont déléguer tous les gestes techniques, il y a des médecins qui vont dire « on fait un geste technique sur deux » donc ça dépend vraiment des médecins L 159-160 : par contre savoir suggérer notre plus value quand on sent que la personne est en difficulté L 200-204 : le médecin urgentiste, c'est lui qui va prendre le leadership, maintenant il existe aussi, il y a une histoire de charisme si j'ose dire, il y a certains médecins urgentistes vont avoir du mal à prendre le leadership de certaines interventions L 206-214 : le médecin peut lui tout faire sur intervention il est capable de tout faire, il est capable de travailler sans nous,

Connaissances des compétences et expertise de l'autre et interdépendance	nous on est un appui technique pour lui, maintenant en terme de nombre d'intubation pour un jeune médecin, on a pas du tout le même nombre d'intubation donc forcément nous on sera peut être plus efficace sur l'intubation que lui, cela dit il a des compétences qui sont tellement plus larges qu'on trouve nous dommage qu'ils s'enferment dans ce geste là alors que l'intervention se résume pas à ce geste là, il faut que lui ait le visu global de l'intervention et donc il faudrait que lui reste en dehors de ce geste là et qu'il laisse l'infirmier anesthésiste le faire pour toujours garder cette hauteur d'intervention L 230-232 : **de prendre du recul sur l'intervention et du coup d'optimiser la prise en charge c'est ça ?** Tout à fait L 247-249 : alors là c'est spécifique à *, quand on travaille au SMUR de * on travaille également en réanimation, on a donc un mi-temps sur ce service L 95-102 : l'infirmier anesthésiste a une image qui est plutôt bonne, en tout cas une image de pilier technique et donc une, quelqu'un sur qui s'appuyer quand on a une difficulté technique, les jeunes médecins vont même pousser le vice jusqu'à demander des conseils notamment sur les posologies donc à nous de leur rappeler que nous ne sommes pas prescripteurs mais par contre que de part notre expérience on peut leur suggérer que ce qu'il ont prescrit ça fait un peu beaucoup ou pas assez par rapport à notre expérience mais en aucun cas on va leur dire de faire ça ou ça. On sait rester à notre place et c'est peut être ce qui est un peu délicat dans le poste qu'on nous demande L 104-109 : donc notre place paramédicale dans la mesure où un jour sur deux il y a des IADE ou des IDE, certains ne connaissent pas vraiment les limites de nos compétences donc certains seraient tentés de nous demander un peu plus, d'autres sous estiment les compétences qu'on peut avoir donc

	c’est à nous finalement à chaque fois d’expliquer ce qu’on est capable de faire pour, comment dirais je, pour mettre à l’aise les intervenants avec qui on va travailler L 128-131 : on est également perçu comme des référents techniques sur ce sujet là, quand on fait des interventions avec des médecins et qu’on transfère des patients intubés ventilés, même eux parfois nous réclament quelques conseils notamment sur la façon dont on va agir sur la sédation puisqu’on a l’habitude de travailler L 144-145 : les urgentistes ne connaissent pas le rôle de l’IADE, L 148-158 : donc il connaissent pas précisément notre, nos compétences et précisément la formation qu’on a reçu et donc nous on leur explique en règle générale que effectivement la grande majorité de la formation qu’on reçoit se passe au bloc opératoire mais elle se passe quand même avec des patients qu’on endort, qu’on ventile, qu’on surveille avec des paramètres bien précis à surveiller et que ça, que le patient soit dans un camion ou sur une table d’opération ça reste toujours un patient qui est endormi et ventilé. Et donc certains savent précisément, ils connaissent précisément notre rôle et nos compétences et d’autres pensent qu’on peut juste intuber ou alors d’autres pensent qu’on sait juste transférer des patients intubés. Donc certains encore pensent l’inverse, pensent qu’on peut poser des voies centrales et qu’on peut faire des gestes médicaux, c’est à nous finalement de s’adapter à notre équipe et donc à chaque fois replacer nos compétences dans le contexte L 196-198 : je pense que quand on fait une intervention si on établit des règles et des codes au début de l’intervention on gagne du temps, on est plus précis dans nos gestes on est plus efficace dans la prise en charge globale

LES ATOUTS Possibilité de faire face à des difficultés Complémentarité de compétences Optimisation d'utilisation des ressources, Partage de l'activité de soins, entraide, soutien	L 24-27 : j'ai été appelé sur l'autre victime, parce que sur l'autre victime il y avait un jeune DESC, un médecin urgentiste en formation et avec une infirmière donc j'ai été amené à intuber le patient, j'ai été appelé pour réaliser l'intubation de la deuxième victime L 37-38 : là on sent qu'on a un rôle qui est vraiment pivot dans ce genre d'intervention, L 132-134 : donc qui permettent à l'équipe de, du moins au patient de bénéficier d'une ventilation qui sera de meilleure qualité et ça c'est vrai que c'est vraiment on va dire une, un vrai bénéfice pour le patient L 246 : toutes les interventions qui vont prendre en charge notamment les chocs hémorragiques, L 263-264 : cette compétence là en plus ou du moins cette plus value supplémentaire L 269-278 : je dirai probablement sur la pédiatrie ! La pédiatrie on a je pense que pendant le, enfin la pédiatrie et également la, tout ce qui va concerner la gynéco, l'obstétrique, ce sont des stages qui occupent un certain nombre de semaines quand on fait les études d'IADE qui sont obligatoires pendant la formation alors que les infirmiers ne sont pas obligés d'avoir un cursus de pédiatrie ou de gynéco obstétrique donc ça sera encore des terrains sur lesquels les IADE seront à mon sens plus compétents que les infirmiers, Je dirai que ça sera la ventilation en règle générale, ventilation qui concerne toute la prise en charge des voies aériennes et de la sédation, toute la gestion des amines puisque ça c'est quelque chose de courant quand on est IADE et puis la gynéco obstétrique, la pédiatrie et ensuite la prise en charge des chocs hémorragiques L 279-280 : C'est vraiment ce qui peut peser dans la balance pour les IADE

LES LIMITES DE LA COLLABORATION Perception de l'autonomie	L 102- 104 : qu'on nous demande d'être très autonome puisque on fait pas toujours des départs en équipe complète mais par contre on nous demande de rester à notre place paramédicale, L 114-116 : cette autonomie est basée sur une forme de confiance qui est faite sur la théorie de notre formation, j'entends par là que quand on est IADE pour les médecins c'est un gage de sécurité pour tout ce qui est prise en charge des voies aériennes notamment et puis pour le régulateur L 164-172 : qu'on nous demande d'être autonome pour des raisons de service, donc c'est-à-dire que les SMUR travaillent en équipe complète alors qu'ici au SMUR de *, si on est autonome c'est parce qu'on part pas toujours en équipe complète, et il y a parfois des équipes paramédicales qui sortent et c'est fréquent d'avoir une équipe avec juste l'ambulancier, l'IADE et un externe, un étudiant pour aller faire un transfert et donc dans ces cas là celui qui va prendre le leadership de cette intervention ça sera le paramédical donc là en l'espèce ça sera l'IADE, euh l'autonomie elle est pas choisie, elle est obligatoire, elle est liée à des contraintes techniques, des contraintes de personnel, des contraintes financières L 182-192 : sur notre autonomie, il y a des médecins qui vont nous dire pour la sédation « je te laisse gérer comme tu veux t'as juste à me noter ce que t'as fait », d'autres médecins qui vont dire « tu ne prends aucune initiative et c'est moi qui m'occupe de la sédation » même si, ... ce qui faut comprendre derrière ça c'est que même s'il est mal endormi il en prend la responsabilité auquel cas c'est vrai que là c'est, quand le médecin nous dit ça, il faut entendre le message subliminal derrière, c'est que attention à ce que vous faites les IADE je vous rappelle que toute délivrance de médicaments elle est liée à une prescription médicale et c'est moi le médecin qui

	vous dit quoi faire, donc par certains médecins cette autonomie peut effectivement être mal perçue ou du moins euh,... En dehors de son contrôle
LES INATTENDUS	L 120-127 : il envoie un IADE là où il peut pas envoyer un infirmier et euh... Je dirai que euh... C'est parfois perçu comme l'économie d'un médecin, il va économiser un médecin mais nous en même temps c'est nos compétences propres, moi personnellement j'aime bien aller transférer un patient intubé ventilé, ça reste quand même dans le domaine technique, purement dans les compétences qu'on a quand on est infirmier anesthésiste donc moi je trouve que c'est euh... Assez, assez, c'est assez glorifiant de pouvoir nous confier finalement une mission technique à la hauteur de celle-ci, c'est-à-dire qu'il s'agit quand même d'un patient intubé ventilé

Annexe 3 : Grille d'analyse entretien C

LA COLLABORATION	L'URGENTISTE
LES DETERMINANTS Organisation/Leadership (Notion de leader dans l'équipe, participation de chacun, équité, liberté d'expression, interdépendance)	L 27-29 : ... Il y avait deux pompiers, un qui portait la perf, l'autre qui portait le respi parce qu'il n'y avait pas la place de poser le respi, un autre qui me tenait le matériel en attendant que j'intube L30-31 : l'infirmier parce que y'avait juste la place pour que l'infirmier rentre et donc l'infirmier a perfusé au membre supérieur droit pour l'induire et voilà L 35-36 : c'est une infirmière..., c'est une très bonne amie avec qui je travaille depuis longtemps L 38-39 : elle s'est mise sur le côté d'emblée pour perfuser, la patiente était inconscient elle savait qu'on allait au moins avoir besoin d'une voie L 42-43 : pendant qu'elle perfusait c'est moi qui reprenait les constantes comme ça on gagnait du temps L49-51 : qu'elle était en train de perfuser moi j'ai sorti les poches, un sérum phy et les tubes parce que ça je sais où ils sont et je lui tenais le temps qu'elle perfuse. Parce que de toute façon pendant ce temps on pouvait pas faire grand-chose L76-78 : Donc en terme de prise en charge sur place, hormis l'intubation il y avait pas de geste spécifique à faire, hormis de l'assister sur le plan respiratoire L85-90 : c'est moi qui est tout programmé, ensuite c'est sur ce genre d'intervention dans des locaux un peu exigu je garde le respi pour avoir un œil sur le circuit et sur la sonde pour être sûr qu'elle bouge pas, grosso modo j'essaye de rester à la tête pour être sûr qu'on extube pas le patient en le mobilisant. Moi je suis resté à la tête, l'infirmière est allée ranger tout le matériel dans la VLM et les pompiers eux étaient en train d'installer le patient sur le brancard L 119-121 : **les posologies, c'est vous qui les avez dit en**

Connaissances des compétences et expertise de l'autre et interdépendance Confiance	**étant à la tête ?** Tout à fait !! **Et ça s'est très bien passé !** Ah oui oui oui ! L59-62 : c'est elle qui sortait elle-même, on était sur un patient entre guillemet standard, quand on l'évaluait il avait pas de critères de difficulté d'intubation, donc il y avait pas de soucis particulier donc elle a sorti le matériel standard qui est protocolé pour tous les infirmiers qui sont postés L64-68 : enfin ils ont l'habitude de sortir avec les différents médecins elle m'a posé la taille de la sonde et c'est tout surtout je pense qu'on prend quasiment tous la même chose et c'est une intubation qui est pas à risque d'intubation difficile, ils savent ce qu'il faut sortir L 133-135 : quand je tourne avec un IADE que je connais très bien, je lui fais parfaitement confiance, donc sur les posologies, ne serait ce que pour les posologies de l'induction séquence rapide L 141-142 : l'IADE connait les posologies, dans le cadre de sa formation il connait les posologies oui
LES ATOUTS complémentarité de compétences Partage, entraide, soutien, Possibilité de faire face à des difficultés interindividuelles Optimisation d'utilisation	L 185-186 : Après les choses que je peux laisser aux IADE c'est sur la ventilation, les réglages, de coordonner les soins pendant qu'on est en intervention et l'analgésie ça apporte une plus value. L151-154 : mais je pense que ça aurait pas changé grand-chose sur une, enfin sur une... Enfin sur d'autres inter oui quand on va sur d'autres inter et qu'on voit qu'on est intubation, suspect d'intubation difficile, dans ce cas là je m'expose et si je vois que je m'expose pas bien je propose à l'IADE de regarder, si lui arrive à mieux s'exposer, dans ce cas là c'est lui qui intube L 160-164 : Oui j'ai pleine confiance en lui et pareil par

des ressources	rapport au fait que ce soit un IADE la dernière fois en SMUR j'avais une intubation difficile euh... Et on a dû se servir de mandrin de Eichmann où ça faisait très longtemps que je m'en étais pas servi et je crois que je l'avais fait que sur un mannequin si mes souvenirs sont bons donc là j'ai demandé à ce que un des IADE du SMUR intube, me remontre le geste donc du coup il a intubé L172-174 : en général les infirmiers avec qui je travaille n'hésite pas à suggérer quelque chose notamment sur, pas sur une séquence d'intubation mais sur d'autres choses L 181-183 : c'est souvent l'infirmier qui prend, qui pose avant que je le fasse la question de « vous êtes suivi où ? » dans le cadre de douleur thoracique « est ce que vous êtes suivi a telle ou telle clinique ? » souvent ça arrive ça oé, parce que ça j'oublie tout le temps
LES LIMITES Qualifications, statuts différents	L 98-102 : on avait pris, étant donné qu'il était comateux et qu'on l'avait induit on avait pris entre guillemets le risque de l'induire simplement, de le descendre et ensuite seulement arrivé dans le camion de mettre les pousse-seringues de sufenta et de midazolam pour poursuivre, pour maintenir la sédation le temps du transport L 110-113 : une fois la perfusion posée elle avait fini, elle a induit, elle a envoyé l'induction séquence rapide, euh... Elle a ensuite fait la manœuvre cricoïde pour éviter l'inhalation, j'ai intubé et c'est elle qui avait la seringue pour gonfler le ballonnet, donc c'est elle qui a gonflé le ballonnet. On s'était mis d'accord dès le départ L 116-118 : le ballonnet je voulais que ce soit quelqu'un qui ait l'habitude de le faire et donc elle avait comme mission quand j'avais intubé de gonfler le ballonnet et de fixer la sonde
LES INATTENDUS	

Annexe 4 : Grille d'analyse entretien D

LA COLLABORATION	L'URGENTISTE
LES DETERMINANTS Organisation/leadership (Notion de leader dans l'équipe, participation de chacun, équité, liberté d'expression, interdépendance)	L 32 33 : la priorité c'était dans un premier temps de trouver un abord veineux donc l'IADE finalement s'est occupé de l'abord veineux, il a été très rapide L 34 35 : et il m'a demandé si on allait intuber la personne et j'ai dit « bin oui » L 37-38 : j'ai demandé par contre au SMUR de * d'assurer l'hémostase et la propreté de la jambe, L 42-44 : l'IADE a joué un rôle important, je lui ai laissé la main, je lui ai dit « bin écoute je vais à la jambe », ils s'en sortaient pas sur la jambe L 52 : Il a préparé le matériel d'induction ! L 55 57 : c'est moi qui avais un statut de leader, ça s'est passé comme ça, très rapidement, de lui-même il a dit « je vais mettre ma voie veineuse » L 61 62: L'infirmier du SMUR de * qui essayait de perfuser, ou qui était en train de perfuser, je me souviens plus bien, et en fait d'emblée il m'a dit « je mets une deuxième voie » L 72-80 : moi j'étais à la tête et j'avais un petit peu dégagé le médecin de * en lui disant « va t'occuper de la jambe , protège lui cette jambe au fur et à mesure que nous on va la soulager », entre temps l'infirmier de * avait mis la voie, donc on avait deux voies et quand j'ai pris la tête et que l'IADE a dit « je prépare l'induction »je lui ai dis « oui prépare de quoi induire , amenez moi le proto », après il a préparé une induction à la kétamine celo en fait L 82-85 : quand j'ai vu qu'avec la jambe ils s'en sortaient pas, c'est-à-dire qu'ils étaient un peu sidérés par les blessures de la jambe et ça je le comprends c'était une jeune équipe de * donc j'ai demandé à l'IADE « vas-y intube la, mets toi aux voies aériennes et je vais m'occuper de la jambe » parce que j'avais

Connaissances des compétences et expertise de l'autre et interdépendance	peur qu'elle saigne en fait L 87-91 : Moi je l'ai induite ! **Ah c'est vous qui avez poussez les drogues ?** Oui voilà Tout en donnant les consignes en fait, je me suis mis à coté pour diriger parce que je me suis dit « une fois que tu auras le nez dans le larynx tu ne pourras pas diriger la jambe » L 111-112 : je préférais moi m'occuper de la jambe et lui laisser le contrôle des voies aériennes, parce que je sais qu'il allait les contrôler, s'il y avait un problème il m'aurait appelé L 126-128 : s'il n'y arrive pas c'est que c'est difficile, je pars de ce principe là, si c'est difficile bon c'est que c'est difficile pour tout le monde et on passe la main L 196-200 : **Et c'est un confort pour l'urgentiste ?** Ah oui, bin oui ! Parce que je sais qu'il aura toujours un œil, je sais qu'on va pas extuber le malade quand on le mettra sur le brancard, dans les escaliers c'est vite arrivé sur quelqu'un qui n'a pas trop ce vécu ou cette préoccupation de l'extubation accidentelle qui est la préoccupation des IADE L 206-207 : je sais que l'IADE de ce coté connait tout à fait, ça lui pose aucun problème L 232 : 20 minutes je pense sincèrement parce qu'on recontrôle tout L 237-238 : Oui on recontrôle tout parce que l'IDE me demande de recontrôler, pas les anciens IDE mais la plupart me redemande
Confiance	L 121-123 : **Vous leur faite confiance c'est ca ?** Ah ba oui je me pose même pas la question, complètement je me pose pas la question si je leur fait confiance ou non
L'autonomie	L 142-143 : il a été assez autonome parce que de lui-même il a été actif pour la voie veineuse, et puis après, bon seulement pour l'induction, parce qu'il préparait les drogues d'analgésie
Volonté de collaborer	L 175-183 : Oui alors pour moi c'est un partenaire en fait

	Ah vous le qualifiez de partenaire ! Oé !un partenaire, moi j'ai que des partenaires en fait avec des qualifications, je connais les qualifications de chacun donc je mettrai jamais la personne en difficulté sur une qualification, je savais globalement, finalement, je savais qu'il avait ma compétence pour le contrôle des voies aériennes et je savais pas s'il avait le background suffisant pour réaligner les os, et gérer le coté, anatomique, lésionnel à travers cette dame voilà
LES ATOUTS Partage, entraide, soutien, optimisation d'utilisation des ressources	L 115-120 : l'infirmier aussi l'avait posée, pour la préparation des drogues bon ça tout le monde peut être formé par contre le fait que je puisse me dégager des voies aériennes et admettons que même si ça prend que 3 4 minutes, je peux faire autre chose et je sais que s'il n'y arrive pas il me le dira, j'ai pas de problématique, je sais que techniquement il est au point parce que c'était un IADE , c'était pas un élève, c'était un IADE confirmé donc il n'y a pas de soucis de ce coté là
Possibilité de faire face à des difficultés interindividuelles	L 133-139 : il m'a énormément soulagé parce que j'ai pu m'occuper à 100% de la jambe, pour essayer d'être le plus sauvegardeur possible sur le membre inférieur de cette dame. Lui s'occupait de brancher le respi, et après il s'occupait avec les confrères du SMUR de * de s'occuper du management des voies aériennes, il a fixé la sonde il a vérifié enfin moi je ne m'en suis plus occupé du tout, il m'a dit « patient intubé », pour moi c'est réglé en fait, donc j'ai dit « sécurise les voies aériennes je m'occupe de la jambe » et je ne me suis plus occupé des voies aériennes, j'ai juste jeté une oreille à la fin c'est tout
Complémentarité de compétences	L 150-164 : alors pas sur cette intervention là, les compétences sont les mêmes, alors je pense que si il y était pas arrivé bah c'est que ça devait être difficile après peut être que dans les moyens alternatifs je maitrise plus souvent qu'eux en étant en formation donc les moyens alternatifs je les connais mieux qu'eux, ils les utilisent autant que moi certes,

	très peu, exceptionnellement, par contre ils forment pas, enfin assez peu, sauf ceux qui sont formateurs donc c'est le seul bémol, et je pense que le seul niveau où les IADE sont en difficulté c'est les nouveaux nés, c'est-à-dire l'intubation néonatale, où là ils ont peut être le background qu'on a eu nous et qu'il n'y aura plus, on est la dernière génération de transporteur néonataux, donc le fait d'avoir intubé 5000 minos, bon c'est sûr, globalement 1000,c'est aidant, c'est quelque chose qu'on oublie plus. Alors les anciens IADE du SMUR qui participent à cette activité ont ce même background mais je sais pas les niveaux parce que après si on fait pas de bloc infantile, ou pas très longtemps et si on prend le nouveau né de moins d'un kilo, c'est technique, enfin l'intubation est très simple mais c'est le stress, il y a le stress et l'abord des voies aériennes est un peu différente. L 187 : Oui on additionne les compétences et on gagne du temps
Environnement sécuritaire	L 139-140 : j'ai dis « sécurise les voies aériennes je m'occupe de la jambe L 190-195 : l'IADE ce qu'il a : c'est une sécurisation. Je pense que c'est la formation de bloc opératoire qui est indispensable et qui permet d'être dans un univers très sécurisé. C'est-à-dire que c'est transposer un mobile, une ambulance, quelque chose de sécurisé comme il peut l'être au bloc opératoire ou au réveil en fait. Et il faut le transposer dans quelque chose qui est en mouvement donc c'est ce qui peut paraître compliqué mais ce job est tout à fait intégré par les IADE. L 267-269 : **Les IADE ?** Oui absolument, ils sont un tout petit peu plus directifs sur les interventions sur les sapeurs pompiers et sur les autres secouristes, ils donnent des consignes un peu plus fortes L 269-274 : ils donnent des consignes un peu plus fortes

La plus-value de l'IADE	**Toujours pour sécuriser le patient ?** Pour sécuriser le patient ! C'est pas autoritaire hun ! C'est pour être sûr que tout se passe bien et ils peuvent arrêter le transfert. Pendant que moi je parlais à la famille quand même moi j'ai confié la patiente et on a gagné du temps, je pense qu'avec l'IDE je raccompagnais, après j'allais voir la famille, c'est pour ça qu'en tout ça fait 20 minutes L 277-281 : Par contre je sais que l'IADE va l'installer correctement dans l'hélico... que le respirateur soit bien accroché, il sera pas extubé, c'est pour ça que j'aime bien qu'il y ait des IADE au SMUR, ça m'apporte une compétence, une sécurisation, les IDE sont très compétents mais ils savent que tout ce qui est gestion respiratoire, voies aériennes, c'est pas leur domaine et c'est normal. On fait IADE si c'est leur domaine L 224-225 : Donc je voulais accélérer le processus tout en assurant au mieux la prise en charge de cette dame et faire en sorte que ça se passe bien L 228-231 : il y avait la gestion des voies aériennes et le chantier de la jambe, et si on pouvait le faire en même temps c'était mieux là, j'aurai pas pu le faire avec l'IDE ça j'aurai dû la mettre à la jambe quoi. Donc là on a gagné une demi heure là globalement L 242 246 : donc globalement avec l'IADE ça va plus vite quoi, les poso il me demande pas, il balance les seringues, les seringues de sédation étaient parties en fait, tout ça c'était en autonomie pour tout ce qui était induction, sédation du patient, contrôle des voies aériennes, sécurisation des voies aériennes et réglages du respi, voilà moi je m'en suis pas occupé L 250 256 : Il le redemande pour une sécurisation, ils le redemandent pas parce qu'il sont pas sûr il le redemande parce qu'ils veulent être sûrs que le médecin a donné les bonnes consignes donc en fait peut être que eux c'est

	automatique ,ils parlent à voix haute et ils redemandent à voix haute ce qu'ils ont fait, pour être sûr que si le médecin veut une fréquence de 20, il me dit « je te met bien une fréquence de 20 alors » ou « je t'ai mis une fréquence de 20 une PEP à 3 », bon d'un autre coté c'est pas mal ça évite si jamais ce que j'ai dis est erroné par rapport à ce que je voulais faire il y aura une recorrection automatique L 260 267 : Oui alors quand je dis qu'on a gagné 20 minutes, c'est parce qu'après il y a la phase de mobilisation, de brancardage, comme je vous disais, un IADE finalement, transférer un patient intubé, les vieux infirmiers du SMUR savent le faire, les jeunes non, et tout le management d'un patient intubé quand je rentre dans la cellule sanitaire de l'hélico, c'est assez complexe donc je sais que globalement le risque d'extubation, de déperfusion, de management de la sédation en continu pendant tous ces temps de manipulation, de brancardage dans un champ ils ont cette habitude. L 300 303 : des gens qui n'ont pas su raccorder des respirateurs parce qu'ils avaient la tubulure d'un autre respirateur ils ne prenaient pas le bon, c'est fréquent! Ne croyez pas que c'est pas fréquent ! C'est très fréquent, ça n'arrive jamais à quelqu'un du monde de l'anesthésie, jamais
LES LIMITES Perception de l'autonomie Rivalités, qualifications, statuts différents	L 211-218 : je ne lui aurais pas laissé les voies aériennes, je l'aurais laissé travailler sur les membres inférieurs. Alors je lui aurais demandé de me préparer les drogues, la préparation du plateau d'intubation, même la poursuite de la sédation. En fait, ce qu'il y a c'est que l'avantage de l'IADE c'est que j'avais même pas besoin de demander les posologies, les posologies pour l'IDE je vais lui répéter, bon ça fait pas perdre de temps ça c'est pas très compliqué, par contre c'est moi qui aurait dû l'intuber, sécuriser la sonde, la contrôler et régler le respi, donc finalement ça prend quand même l'un dans l'autre ça prend 6, 7, 8 minutes quoi donc ces 8 minutes

	on ne se serait pas occupé de la jambe
LES INATTENDUS La place de l'anesthésie	L 44-45 : Après il y a l'entretien anesthésique qui a été préparé qui était engagé. Une fois que la patiente dormait L 286-289 : En fait, ça c'est pas bien comprendre ce que c'est que le SMUR, le SMUR c'est transporter des patients qui ont été jugé non transportables en fait, il y a quelques... Au début du SMUR on appelait ça des patients non transportables, et en fait c'est transporter tous les patients, il faut que je puisse transporter tous les patients, il n'y a pas de patients non transportables L 294-299 : donc pour transporter quelqu'un qui est sous anesthésie générale il faut qu'elle ait un environnement de bloc opératoire mobile! C'est à dire que si j'ai du personnel qui n'a pas la compétence du bloc opératoire, j'ajoute au fait qu'il ne saura pas poursuivre l'anesthésie, il sera en plus dans un véhicule avec un petit espace mobile et confiné. C'est-à-dire que là je mets tout de mon coté pour que ça se passe mal, j'ai toutes les chances, je mets automatiquement tout pour que ça se passe mal L 308-311 : Donc dire, ou alors ne plus faire de transports et on en reviens au truc je ne transporte plus les patients qui sont sous AG ou alors je les transporte avec du risque et aujourd'hui on peut pas mourir pendant le transport à cause du transport ! Ca c'est non acceptable ! L 313 317 : bah tous les malades ne sont pas anesthésiés en SMUR, l'analgésie sédation est obligatoire sur tous les malades qui souffrent, et il y a de l'anesthésie, quelqu'un qui a une jambe détruite je peux pas transporter quelqu'un qui a une jambe en bouillie que avec de la morphine et de la kétamine en état crépusculaire ça c'est pas possible, il faut endormir ! Il y a de l'anesthésie et il y en aura toujours, ce serait une hérésie de dire qu'il y en a pas