



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE
MENTION : URGENCES

**ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET
DU RAISONNEMENT CLINIQUE
DES INFIRMIERS ORGANISATEURS DE L'ACCUEIL
AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES :**
« Le parcours de soins ERAS – Enhanced Recovery After Surgery comme catalyseur »

Présenté et soutenu publiquement le 24 Juin 2024 à Lille
(Département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Emilie POIRSON

JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier : Monsieur Paul QUINDROIT

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Romain MOQUAY

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

Remerciements

Au Dr MOQUAY Romain, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils éclairés et sa bienveillance constante tout au long de mon travail.

A l'équipe pédagogique de l'université de Lille pour leur encadrement attentif et leurs conseils avisés durant ces deux années de formation.

A Mme VAN OOST, au Dr ELBEKI et au Dr MAISONNEUVE pour m'avoir permis d'accéder à cette formation et d'être pionniers dans la création d'un poste d'infirmier en pratique avancée mention urgences.

À mes cadres de santé, pour leurs encouragements constants.

A l'unité de recherche clinique, au service qualité, au groupe développement des compétences polaire et au groupe accueil pour leurs précieux conseils et nos échanges constructifs.

Je n'oublierai jamais les précieuses amitiés nouées avec mes collègues de formation, dont la présence et les moments de partages ont été des sources de joie et de réconfort inestimables.

À mes collègues des urgences.

À ma famille et mes amis, pour leur compréhension face à mon manque de disponibilité et leur soutien tout au long de mon parcours professionnel.

À mes fils, Hugo et Tom, qui ont fait preuve d'une patience infinie face à une maman surmenée pendant des longs mois.

À Joachim, mon pilier, un immense merci pour les sacrifices et l'aide au quotidien.

Et enfin, à mon étoile... ta fierté de papa et tes paroles réconfortantes me manquent énormément.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....page 1

PARTIE 1 : INTRODUCTION.....page 3

1.1 CONTEXTE / CONSTAT.....page 3

1.2 ETUDE RETROSPECTIVE EXPLORATOIRE.....page 5

1.3 PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....page 7

1.4 CADRE THEORIQUE / CONCEPTUEL.....page 8

**SYNTHESE DU CADRE THEORIQUE ET FORMULATION D'UNE
HYPOTHESE.....page 24**

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....page 25

2.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....page 26

2.2 CHOIX DE LA METHODE.....page 26

PARTIE 3 : RESULTATS.....page 31

3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLONAGE.....page 31

3.2 SYNTHESE DES RESULTATSpage 33

PARTIE 4 : ANALYSE.....page 35

4.1 PROCESSUS DE TRIAGE ET D'ACCUEIL DES PATIENTS.....page 35

4.2 COLLABORATION PLURIPROFESSIONNELLE.....page 39

4.3 RAISONNEMENT CLINIQUE.....page 41

4.4 AMENAGEMENT DES LOCAUX.....page 43

4.5 PARCOURS DE SOINS.....page 45

4.6 SYNTHESE DES FREINS ET DES LEVIERS AU RAISONNEMENT CLINIQUE DES
IOA.....page 46

PARTIE 5 : DISCUSSION.....page 49

CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....page 57

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ANNEXES

GLOSSAIRE

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ANFIPA : Association Nationale Française des Infirmier.es en Pratique Avancée

ATCD : Antécédent(s)

BS : Bilan Sanguin

BO : Bloc opératoire

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CERCL : Comité Ethique de la Recherche Clinique

CHV : Centre Hospitalier de Valenciennes

CNUMU : Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence

CR : Compte-Rendu

CTAS : Canadian Emergency Department and Acuity Scal

DIM : Département d'Informations Médicales

DMS : Durée moyenne de séjour

DPI : Dossier Patient Informatisé

ERAS : Enhancing Recovery After Surgery = **RAAC** : Récupération Améliorée Après Chirurgie

EVA : Echelle Visuelle Analogique de la douleur (mesure de l'intensité de la douleur)

EVS : Echelle Verbale Simple (mesure de l'intensité de la douleur)

FRENCH : French Emergency Nurse Classification in-Hospital triage

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

IDEC : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat Coordinatrice

IEPAU : Infirmier(ère) Etudiant(e) en Pratique Avancée mention Urgences

IOA : Infirmier(ère) Organisateur (trice) de l'Accueil

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

IPAU : Infirmière en Pratique Avancée mention Urgences

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

RC : Raisonnement Clinique

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SU : Service d'urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TDM : Tomodensitométrie

TTT : Traitement(s)

URC : Unité de Recherche Clinique

ZAO : Zone d'Accueil et d'Orientation

INTRODUCTION GENERALE

L'implémentation d'un nouveau chemin clinique aux urgences constitue le point de départ de cette étude, avec pour projet initiale la mise en place du protocole ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) aux urgences adultes. À l'heure actuelle, nous réfléchissons tous à une prise en soins globale du patient, en lien avec des parcours de soins préétablis, de l'entrée en établissement de santé jusqu'à la poursuite des soins en médecine de ville. Dans un contexte où la population française vieillit et où les pathologies chroniques se multiplient, les déserts médicaux s'intensifient et l'activité des services d'urgences augmente, laissant souvent les équipes de soins démunies. De plus, selon une étude menée par le centre hospitalier de Valenciennes et publiée dans la Voix du Nord le 3 Mars 2024, la population du Valenciennois présente une santé précaire, avec un taux de mortalité supérieur de 17% à la moyenne nationale.

Dans ce contexte, j'ai choisi de me pencher sur deux grands axes qui me passionnent en lien avec mes futures missions d'infirmière en pratique avancée mention urgences (IPAU) : la prise en soins des patients aux urgences et le développement des compétences des infirmiers qui y travaillent et qui font face à une charge de travail exponentielle. Une étude exploratoire sur la mise en place du protocole ERAS aux urgences a agi comme un catalyseur pour ce travail de recherche, mettant en lumière une problématique concernant des lacunes dans le raisonnement clinique des infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA) et m'amenant à formuler une question de recherche.

Comment améliorer le raisonnement clinique chez les Infirmiers Organisateurs de l'Accueil (IOA) aux urgences pour réduire les erreurs de triage, améliorer la qualité des décisions initiales et le parcours de soins des patients ?

Après avoir exposé le constat, le contexte et les différentes phases de l'étude exploratoire rétrospective, je développerai dans une première partie les concepts de l'accueil aux urgences, du raisonnement clinique, du parcours de soins des patients et de la place de l'IPAU. L'étude du cadre théorique m'a permis au regard de la problématique initiale d'émettre une hypothèse. Je détaillerai dans une seconde partie, la méthodologie de ce travail de recherche qui correspond à une analyse de pratique professionnelle. La réalisation d'une analyse descriptive qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs permettra ou non de valider l'hypothèse formulée.

Ensuite les résultats seront analysés au regard de la littérature et une discussion sera menée sur les projections et perspectives de ce travail de recherche.

PARTIE 1 : INTRODUCTION

La gestion optimale des urgences chirurgicales abdominales constitue un défi complexe dans les services d'urgence, requérant une coordination efficace des différentes étapes, du triage initial à l'intervention chirurgicale. Alors que le protocole ERAS « *Enhanced Recovery After Surgery* » a démontré son efficacité dans l'amélioration des résultats post-opératoires, son application aux urgences reste un domaine peu exploré. Cette étude vise à évaluer rétrospectivement l'impact potentiel de l'introduction du protocole ERAS pour les patients opérés d'une chirurgie digestive aux urgences en intégrant une analyse approfondie des pratiques de triage par les infirmiers à l'accueil.

L'émergence du protocole ERAS a marqué un tournant significatif dans la prise en charge péri opératoire avec des bénéfices documentés tels que la réduction des complications post-opératoires, la diminution de la durée de séjour hospitalier et une amélioration générale du processus de récupération. Cependant, son application aux urgences chirurgicales abdominales soulève des interrogations et nécessite une évaluation attentive.

L'étude rétrospective des dossiers patients opérés avant l'implémentation du protocole ERAS permettra d'analyser l'efficacité actuelle des pratiques de prise en soins. L'intégration des résultats de l'audit révélant des lacunes dans le raisonnement clinique des infirmiers à l'accueil offre une perspective cruciale pour comprendre les défis rencontrés lors du triage des patients et sera l'objectif principal de ce travail de recherche.

1.1 CONTEXTE / CONSTAT

La formation d'Infirmière en Pratique Avancée mention Urgences (IPAU) m'a sensibilisé aux parcours de soins et à l'accompagnement holistique des patients. Mon futur champ de compétences va me permettre autour d'un chemin clinique spécifique d'améliorer la qualité, la fluidité et la sécurité des soins. C'est tout naturellement, que j'ai souhaité initier ce travail de recherche et d'analyse des pratiques professionnelles autour d'un projet d'implémentation d'un parcours de soins au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV) : le protocole ERAS Urgence.

Le protocole ERAS a fait ses preuves dans de nombreuses études internationales depuis son développement en 1990 par le Pr. KEHLET, il permet une récupération améliorée après chirurgie, favorisée par une approche globale du patient permettant le rétablissement précoce

de ses capacités après la chirurgie. Le Centre Hospitalier de Valenciennes est labélisé « ERAS » depuis novembre 2016 pour la chirurgie colorectale programmée, il devient centre d'excellence international « ERAS » en 2019 puisque les durées d'hospitalisation sont passées de 9 à 5 jours et les complications importantes ont diminué de l'ordre de 30%. En 2023, **les dernières guidelines internationales** [1] concernant la chirurgie en urgence donnent des recommandations sur l'amélioration du parcours de soins au Service d'Accueil des Urgences avec la mise en place d'une identification précoce des patients et une évaluation rapide, l'objectif étant le transfert au bloc opératoire dans un délai de 6h après la réalisation de la tomodensitométrie (TDM) : *« cette approche structurée semble améliorer les résultats, y compris la mortalité pour les patients subissant une laparotomie d'urgence. Jusqu'à récemment, les patients nécessitant ce type d'intervention chirurgicale en urgence, constituaient un groupe relativement négligé [2]. Il y a un peu moins de dix ans, les grandes études de cohorte rapportaient une mortalité à 30 jours comprise entre 14 et 18,5% pouvant atteindre 25% chez les plus de 80 ans [3, 4-11]. Compte tenu de la nature préoccupante de ces résultats, à savoir une mortalité et une morbidité élevées des patients, un certain nombre de groupe dans le monde ont commencé à utiliser des approches protocolisées de type ERAS fondées sur les preuves dans la prise en charge de ces patients, avec des améliorations significatives des résultats ».* [12-16, 17, 18, 19]

Ce projet innovant qui sera déployé au premier semestre 2024 m'a servi de socle pour explorer les différents processus complexes permettant d'optimiser la qualité des soins. L'IPAU aura un rôle essentiel à jouer dans la co-construction d'un chemin clinique spécifique permettant d'intégrer le service des urgences comme acteur et pivot essentiel dans l'accompagnement des patients nécessitant une chirurgie abdominale urgente dans le cadre du protocole ERAS. Il représente un défi de taille car les admissions au SAU pour les motifs « douleur abdominale », « constipation / occlusion », « rectorragie / melaena » ou encore « vomissements » sont prévalentes étant donné qu'elles représentent 3057 admissions en 2023 soit 4 % des entrées par an. Ce chiffre est probablement sous-estimé par des motifs de recours multiples. En parallèle, il y a environ 150 patients /an qui bénéficient d'une chirurgie viscérale par laparotomie en urgence au Centre Hospitalier de Valenciennes qui pourraient être intégrés dans le protocole ERAS Urgence.

Le rôle du Service d'Accueil des Urgences est de trier et repérer les patients pouvant être inclus dans le protocole en Zone d'Accueil et d'Orientation (ZAO) pour une prise en soin

anticipée afin de permettre la réalisation de la chirurgie abdominale dans le temps recommandé après l'admission avec l'optimisation globale du patient en pré opératoire. La réussite du parcours de soins ERAS Urgence doit s'appuyer dans un premier temps par le partage des connaissances et le développement des compétences de l'équipe paramédicale des urgences et notamment des Infirmiers Organiseurs de l'Accueil (IOA) : formation des équipes dans le repérage des signes cliniques et sensibilisation aux bénéfices d'inclure les patients dans le protocole.

La difficulté principale dans l'application du protocole ERAS aux urgences réside dans la tension entre l'urgence de la situation, la charge de travail, le flux des patients et les grands principes de la récupération améliorée. En d'autres termes, il s'agit de concilier la nécessité de prendre des décisions rapides avec l'objectif de fournir des soins de haute qualité et une récupération optimisée pour les patients.

La priorité à mon sens est le repérage des patients par l'IOA dès la ZAO mais identifier les patients admissibles à l'ERAS dans un contexte d'urgence peut être un défi (flux permanent des admissions). Cela nécessite un partage des connaissances, le développement des compétences pour faciliter le triage de l'IOA et ainsi flécher à bon escient les patients (permettant un examen médical rapide si signes cliniques évocateurs et abdomen chirurgical, réalisation d'un bilan sanguin en urgence et un scanner abdomino-pelvien avec injection négocié rapidement).

En somme, le principal enjeu consiste à trouver un équilibre entre l'urgence de la prise en soin (chirurgie en moins de 6h après le scanner) et les objectifs de la récupération améliorée en adaptant le protocole ERAS de manière appropriée aux réalités du service d'accueil des urgences tout en visant à améliorer les résultats des patients.

1.2 ETUDE RETROSPECTIVE EXPLORATOIRE

Afin de travailler avec méthode et rigueur sur la mise en place du protocole ERAS Urgence au SAU de Valenciennes, j'ai souhaité réaliser une étude rétrospective « exploratoire » des dossiers patients opérés en urgence d'une chirurgie viscérale entre avril 2023 et octobre 2023. Le Département d'Information Médicale (DIM) a réalisé une extraction de plusieurs dossiers avec l'autorisation de l'Unité de Recherche Clinique (URC), j'ai sélectionné les patients en veillant à respecter les critères d'inclusion et d'exclusion du protocole ERAS [1], j'ai relevé les indicateurs permettant de respecter les recommandations ERAS Urgence [1] à savoir :

- Un repérage rapide d'une urgence chirurgicale dès la ZAO par l'IOA (signes cliniques évocateurs, interrogatoire orienté sur les antécédents (ATCD) médicaux et chirurgicaux, les traitements (TTT) en cours, le poids, l'évaluation de la douleur du patient. Le critère d'urgence est-il repéré lors du triage ?
- La réalisation d'un scanner avec diagnostic et demande d'avis chirurgical
- Déclenchement du timer au scanner avec un transfert au BO dans les 6h
- Une antalgie adaptée, une antibiothérapie ciblée et une réhydratation précoce

J'ai analysé 25 dossiers patients en veillant à extraire :

- L'heure d'admission et du triage IOA
- L'heure du prélèvement du bilan sanguin (BS) et de la réception des résultats
- L'heure de la prescription du TDM, réalisation de l'examen et réception du compte-rendu (CR) avec le diagnostic (notification de l'indication d'avis chirurgical par radiologue)
- L'heure d'incision au bloc opératoire (BO)
- La prescription d'antalgique(s), d'antibiotique(s), de réhydratation au SAU

Lors de l'analyse de ces données quantitatives (Cf. ANNEXE 1 : Etude rétrospective exploratoire), je me suis aperçue que le délai entre la tomodensitométrie (TDM) et le bloc opératoire (BO) semble déjà respecter les recommandations des dernières guidelines internationales avec une moyenne actuelle de 6h30 si le patient est transféré des urgences au bloc opératoire directement sans transiter par le service de chirurgie. Ce 1^{er} axe d'amélioration a déjà été anticipé par le groupe de travail institutionnel car la mise en place du protocole ERAS Urgence permettra l'envoi du bilan sanguin en urgence vitale au laboratoire (résultats récupérés en 40 à 60 minutes), cela permettra un départ au scanner plus rapide avec une fonction rénale renseignée ainsi le délai sera encore optimisé.

Par contre l'antalgie, l'antibiothérapie et la réhydratation ne sont pas toujours administrées au SAU et non réévaluées. En ce qui concerne ce point précis, l'IPAU à ce stade, n'a que peu de leviers : pas d'autorisation à l'heure actuelle de prescrire ces traitements à un patient, hormis la sollicitation de l'équipe médicale qui sera formée au protocole ERAS Urgence lors de sa mise en application. L'autre élément rendant la tâche de l'IPAU complexe est qu'il n'y a pas de représentants du corps paramédical qui a été inclus au début de la composition du groupe de travail et de ce fait certaines interrogations n'ont pas été abordées notamment la formation de l'équipe paramédicale des urgences au protocole ERAS.

Afin d'obtenir des données chiffrées sur la qualité des triages des IOA en ZAO, j'ai réalisé un audit [20] des mêmes dossiers patients afin de relever plusieurs critères pertinents permettant de savoir si les patients susceptibles d'être intégrés au protocole ERAS Urgence dans un futur proche sont repérés par l'IOA en termes de gravité et en respectant l'échelle de tri « FRENCH » (Cf. ANNEXE 2 : Grille de tri FRENCH). J'ai réalisé une extraction de plusieurs critères sur le formulaire de triage des IOA, à savoir (Cf. ANNEXE 3 : Grille d'audit) :

- Le critère d'urgence sélectionné par l'IOA
- Le motif d'entrée
- Le résumé de l'interrogatoire avec la description des signes cliniques, l'examen physique éventuel réalisé, les ATCD et les TTT en cours
- L'évaluation de la douleur (EVA/EVS)
- Le poids
- Les paramètres vitaux

En parallèle, j'ai lu les observations médicales afin de comparer les données recueillies et de savoir s'il existe une corrélation entre les deux.

1. 3 PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Une problématique a été mise en évidence lors de l'analyse de cet audit : interrogatoire et examen clinique non exhaustif et non significatif dans 24,2 % des formulaires étudiés concernant la mise en évidence d'une urgence chirurgicale abdominale à l'accueil. Ces éléments soulèvent la notion du raisonnement clinique chez les IOA étant donné une faible corrélation avec l'observation médicale à 90,9% (Cf. ANNEXE 4 : Grille de dépouillement des résultats de l'audit).

A la seule lecture du formulaire de triage, il serait difficile de s'orienter sur la nécessité d'une chirurgie viscérale en urgence dans les heures suivant l'admission du patient au SAU.

Il est relevé également qu'il n'y a pas d'observation ni d'examen physique du patient à l'accueil dans 93,9% des cas, uniquement un récit de la symptomatologie évoquée lors de l'interrogatoire et la grille de tri « French » n'est pas respectée dans 100% des triages.

Les résultats de l'étude rétrospective ont souligné la nécessité de renforcer le raisonnement clinique des infirmiers en amont de l'implémentation du parcours de soins ERAS Urgence.

Cette réflexion m'a permis d'élaborer une question de départ :

Comment améliorer le raisonnement clinique chez les Infirmiers Organisateur de l'Accueil (IOA) aux urgences pour réduire les erreurs de triage, améliorer la qualité des décisions initiales et le parcours de soins des patients ? *Illustration avec l'exemple du protocole ERAS en contexte d'urgence.*

1.4 CADRE THEORIQUE / CONCEPTUEL

Dans le contexte dynamique des urgences, plusieurs concepts clés guident la qualité des soins mettant en lumière l'importance du triage et de l'accueil des patients.

1.4.1 ZONE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION DES URGENCES

Le processus d'accueil, triage et orientation des patients aux urgences constitue le point d'entrée du parcours de soins. La zone d'accueil et d'orientation (ZAO) aux urgences est un espace stratégique dans lequel les patients sont initialement évalués et triés en fonction de la gravité de leur état. La ZAO est conçue pour permettre une identification rapide des patients nécessitant une prise en soins immédiate, tels que ceux présentant des urgences vitales. Le triage effectué dans cette zone vise à orienter les patients vers les différentes filières de soins en fonction de leur état de santé.

La société française de médecine d'urgence (SFMU) joue un rôle crucial dans l'élaboration des recommandations et des protocoles pour la gestion de la ZAO [21]. L'architecture est un élément essentiel, elle doit être bien pensée pour permettre un accueil sécurisé et participer à la fluidité des soins dans un contexte où les services d'urgences sont en permanence sous pression, l'affluence en constante augmentation. Le lieu d'accueil favorisera ou non le calme et l'apaisement de ce service. L'agencement des locaux, permet une organisation fonctionnelle, rationnelle du travail de l'IOA, véritable chef d'orchestre de l'accueil.

La zone d'accueil se doit :

- De garantir la qualité des soins
- D'assurer la sécurité du patient, de ses accompagnants, du personnel
- D'être accessible à tous les patients et accompagnants
- De permettre la confidentialité et l'intimité
- De permettre la surveillance de(s) la salle(s) d'attente
- De faciliter les rapports entre accueil administratif et soignant

Ces recommandations visent à assurer une évaluation rapide et précise des patients permettant un accompagnement adapté à la sévérité de leur condition médicale. La SFMU, par exemple, émet également des recommandations sur les critères de triage, les délais d'évaluation et la coordination des équipes de soins dans la ZAO.

Au cœur de cette première étape se trouvent les IOA.

1.4.1.1 L'INFIRMIER(E) D'ORIENTATION ET D'ACCUEIL

La fonction d'IOA existe depuis le début des années 2000. Elle a été formalisée en 2004 dans un référentiel de la SFMU, révisé en 2020 [21]. Les IOA ont un rôle essentiel car ils sont en première ligne pour trier les patients, appliquer les protocoles de soins et assurer une communication fluide entre les différents intervenants. L'IOA est nécessairement présente dans la zone d'accueil, ses missions sont :

- Accueillir
- Evaluer le risque vital en s'appuyant sur l'examen clinique infirmier, la 1^{ère} partie repose sur un entretien structuré et la 2nde sur l'examen physique
- Hiérarchiser les ordres de passage et orienter vers les zones de soins
- Informer le patient et sa famille, aider, rassurer
- Installer
- Surveiller
- Communiquer, coordonner, transmettre
- Enseigner

Pour remplir ces missions, l'IOA se situe au centre d'une articulation cohérente entre les différents secteurs du SAU : la ZAO et les différentes zones de soins.

Les IOA jouent un rôle central dans la gestion initiale des patients aux urgences et leur formation continue est essentielle pour maintenir des compétences de haut niveau.

1.4.1.2 LE TRI DES PATIENTS

L'histoire du triage dans les hôpitaux français débute dans les années 1980, lorsque la fréquentation des structures d'urgences atteint une hausse dans l'hexagone. Les premiers travaux concernant le poste d'IOA aux urgences sortent. En France, suite au rapport STEG de 1989, la circulaire du 14 mai 1991 vient encadrer l'organisation, le fonctionnement des urgences. Le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence sacralise la fonction de tri de l'infirmier à l'accueil des urgences.

Devant l'inadéquation entre le nombre de patients et les ressources soignantes dans un service d'urgence, l'IOA doit procéder à un tri des patients à leur arrivée. Le tri peut être confié à un binôme médecin-infirmière. En général l'infirmière reste sur la mission d'évaluation, tandis que le médecin accélère les flux en faisant des prescriptions précoces (exemple : radiographie), des demandes de consultations spécifiques ou des sorties rapides. Ce tri doit permettre d'acheminer les patients vers les ressources adéquates dans les délais appropriés car ils sont sous la responsabilité du service quel que soit le mode d'arrivée. Pour être efficace, le tri repose sur quelques principes [22] :

- La prise en charge des patients par l'IOA dans les 10 à 15 minutes qui suivent leur arrivée aux urgences (repérage rapide des patients graves et instables, mais aussi ceux qui peuvent attendre).
- La durée de tri doit se dérouler en 5 à 7 minutes environ, cet objectif impose un rythme effréné.
- Le tri IOA est sanctuarisé : il ne se discute qu'après la prise en charge du patient, sur un objectif pédagogique adapté au concept de tri (staff IOA).

Les différents niveaux de tri infirmier (inspiré de l'échelle de tri canadienne CTAS) :

... correspondent à un délai d'attente et repose sur une démarche clinique argumentée.

... qui doit tenir compte du besoin en ressources et de l'évaluation prédictive d'hospitalisation.

Quel est le délai raisonnable au-delà duquel le patient risque de se dégrader ?

- Niveau 1 : pronostic vital engagé (intervention médicale immédiate)
- Niveau 2 : défaillance viscérale ou pronostic fonctionnel patent (prise en charge paramédicale immédiate et médicale en moins de 20 minutes)
- Niveau 3 : défaillance viscérale ou pronostic fonctionnel possible ou latente (prise en charge médicale en moins de 60 minutes)
- Niveau 4 : consultation avec acte diagnostique ou thérapeutique prévisible (prise en charge médicale en moins de 120 minutes)
- Niveau 5 : consultation de soins primaires (prise en charge médicale en moins de 240 minutes)

Pour cela l'IOA procède donc à un interrogatoire du patient (ou de l'entourage quand c'est nécessaire) afin de recueillir le motif de recours exprimé ou non par le patient, les circonstances de survenue, les antécédents pertinents et les traitements spécifiques en cours. Ensuite elle procède à une observation du patient (examen physique) et en fonction des motifs de recours, elle va prendre un certain nombre de paramètres vitaux. En fonction de tous ces éléments, et avec l'aide d'un outil de tri, elle va pouvoir identifier, évaluer et classer les besoins en soins des

patients en fonction de leur priorité et déterminer la meilleure façon d'y répondre. L'outil de tri est important et sa conception est fondamentale. Il existe plusieurs outils de tri qui ont été validés par les sociétés savantes.

1.4.1.3 GRILLE DE TRI : F.R.E.N.C.H

La grille de triage est un outil essentiel dans la prise en soins des patients aux urgences. Initialement développées dans les années 1980, les premières grilles de tri visent à soutenir la prise de décision des infirmières. Les modèles pionniers dans cette réflexion émanent principalement des pays anglophones tels que l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni. En 2015, la SFMU [23] a introduit une échelle spécifique conçue pour standardiser le triage des patients dans les services d'urgences en France. Cette nouvelle grille de triage en remplacement de la grille C.T.A.S (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scal) largement adoptée dans les services d'urgences (SU) s'appelle la grille F.R.E.N.C.H (French Emergency Nurse Classification in-Hospital triage). La grille de triage F.R.E.N.C.H est structurée en cinq niveaux de priorité croissante (tris 5 à 1, du moins urgent au plus urgent), chaque niveau correspond à des motifs de recours aux soins de complexité / sévérité croissante. Le niveau 3 a été subdivisé en deux groupes pour distinguer et prioriser les patients présentant des comorbidités liées au motif de recours ou qui sont adressés par un médecin (3A) des autres patients (3B). L'échelle de tri française possède donc 6 niveaux de priorité. A chaque niveau de tri correspondent des motifs de recours aux soins fréquents en médecine d'urgence, des modulateurs de tri, une répartition rationnelle des circuits patients et un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale, après évaluation par l'IOA (Cf. ANNEXE 2 : Grille de tri FRENCH). La grille de tri F.R.E.N.C.H est conçue pour guider l'évaluation initiale des IOA et leur permettre de déterminer rapidement le niveau de priorité de chaque patient en fonction de son état clinique. En plus des paramètres vitaux habituels (exemple : pression artérielle, fréquence cardiaque), l'IOA doit savoir évaluer une douleur, mesurer d'autres paramètres (exemple : fréquence respiratoire, saturation pulsée en oxygène, température, poids) ou réaliser certains tests indispensables au tri (exemple : électrocardiogramme, glycémie capillaire, cétonémie, débit expiratoire de pointe) selon les besoins spécifiques de chaque situation. Néanmoins, la SFMU recommande un cadre pédagogique permettant l'utilisation efficace de la grille de tri FRENCH par les IOA centré sur la méthode « 3Q2C » :

- Le Quoi : le motif de recours aux soins qui semble le plus complexe/sévère parmi ceux exprimé par le patient ou envisagés par l'IOA.
- Le Quand : l'heure de début, l'évolution, les épisodes antérieurs...

- Le Qui : les comorbidités, les traitements permettant d'estimer le risque de complexité/sévérité du Quoi.
- Le Comment : facteur déclenchant d'un symptôme ou d'un signe, vitesse d'un traumatisme...
- Le Combien : intensité d'un symptôme, d'une douleur, retentissement clinique...

Certains modulateurs sont des motifs de recours aux soins spécifiques (exemple : douleur abdominale, hyperglycémie, fièvre...) mais d'autres modulateurs sont moins explicites (exemple : traumatisme à faible ou haute vitesse, mauvaise tolérance, signes objectifs d'une altération de l'état général). Ce cadre met l'accent sur l'identification des motifs de recours les plus complexes et sur la collecte des informations nécessaires pour évaluer la gravité de chaque cas. Il souligne également l'importance d'une formation continue et de l'expérience pratique pour développer les compétences nécessaires à une évaluation clinique précise et à un triage efficace des patients aux urgences.

Selon la SFMU en association avec l'Association Nationale Française des infirmier.e.s en Pratique Avancée (ANFIPA) et le Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence (CNUMU), deux critiques sont émises sur cette grille de tri [22] :

- D'une part l'existence de 6 niveaux de tri qui rend complexe et peu reproductible le tri dans un service d'urgence.
- D'autre part la constitution d'un tri 3A et 3B qui fait courir le risque que la majorité des patients soit un tri 3 ce qui va réduire l'impact organisationnel du tri infirmier.

Malgré tout, ces outils de tri peuvent permettre une homogénéisation des pratiques qui s'ajoute aux compétences individuelles des soignants qui exercent à l'accueil.

1.4.2 RAISONNEMENT CLINIQUE INFIRMIER(E)

Le raisonnement clinique constitue un autre pilier essentiel, c'est un processus complexe qui représente l'essence même de la pratique infirmière (Higgs, Jones, 2000) [24]. Il est important de développer cette compétence chez les professionnels de santé selon Thérèse PSIUK [25-26-27] ex-directrice des soins, conférencière, chercheuse et auteure dont j'ai choisi l'analyse de ce concept. Elle a bénéficié d'une formation à la méthode de la théorie ancrée qui lui a permis de modéliser le raisonnement clinique en le rendant explicite pour aller vers une performance autour du patient et ainsi développer le concept du patient partenaire. Elle définit le raisonnement clinique comme [24] : « *un processus intellectuel hypothético-déductif qui utilise les données provenant de l'observation du patient pour arriver à une décision de soin* ».

Cette définition me semble correspondre parfaitement à la mobilisation de cette compétence que requiert la fonction de l'IOA si nous admettons que le processus hypothético-déductif est le processus majeur, de plus la notion du patient partenaire est un élément clé lors du triage étant donné qu'il est notre principal interlocuteur.

Les fondamentaux en interrelation dans les situations réelles de raisonnement clinique (selon Thérèse PSUIK) [25-26-27] :

- Le patient partenaire est un acteur permanent du raisonnement clinique, on privilégie de plus en plus la médecine narrative, c'est-à-dire le patient raconte et il va nous permettre d'identifier des éléments à intégrer dans le raisonnement clinique. Le patient devient acteur de sa santé depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 qu'il soit dans une situation aiguë ou chronique.
- Le proche aidant peut être un acteur du raisonnement clinique car il apporte également des informations.
- Le raisonnement clinique partagé entre les professionnels de santé, médicaux, paramédicaux et médico-sociaux est une condition essentielle de performance car désormais nous parlons de parcours de soin complet avec l'ensemble des partenaires qui gravitent autour du patient. La collaboration entre les professionnels permet de tendre vers une performance du raisonnement clinique. Pour rappel, le raisonnement clinique individuel se développe grâce à une certaine expertise dans son métier en tant que professionnel de santé pour devenir pertinent et le partage de ce raisonnement clinique amène vers la performance de l'équipe autour du patient. Selon l'auteure, la performance des connaissances peut être atteinte grâce aux échanges entre professionnels avec des niveaux de connaissances et d'expériences différents. Le raisonnement clinique partagé est donc une condition indispensable pour la performance de la démarche clinique. Il doit devenir un réflexe dans toutes les situations cliniques, il est essentiel d'entraîner les étudiants et les jeunes professionnels à avoir un raisonnement clinique individuel mais également un raisonnement clinique partagé. Il permet aux infirmiers débutants qui ne pourront pas toujours identifier le véritable problème, de bénéficier du haut niveau de connaissances et de savoirs d'expériences des infirmiers experts.

Les 4 attributs du raisonnement clinique à mobiliser (issue de la théorie ancrée selon Thérèse PSIUK) [25-26-27] :

1) La pertinence des connaissances :

Les connaissances en sciences médicales et en sciences humaines mais également les savoirs d'expériences des patients :

- Les connaissances scientifiques relatives aux maladies et aux risques liés aux maladies ainsi qu'aux effets secondaires des traitements vont orienter certaines hypothèses. L'alignement de ces 3 domaines cliniques doivent être mis en évidence et non sous-entendu pour formaliser la gestion des risques.
- D'autres hypothèses liées aux émotions négatives (peur, anxiété...) et aux émotions positives (plaisir, espérance...) sont le témoin d'une conception humaniste centrée sur la personne. Les émotions peuvent donc exacerber la symptomatologie ou au contraire devenir des facteurs de protection. Ils évitent la transformation de risques en complications et la majoration des symptômes selon des recherches dans le milieu de la psychologie en santé.
- Les savoirs d'expériences acquis par les patients peuvent également alimenter des hypothèses formulées en termes de capacité : capacité partielle à se laver, capacité à gérer ses soins...

L'ensemble des problèmes de santé, ressources et capacités sont regroupés dans le modèle trifocal.

2) La relation d'aide :

La qualité d'une relation d'aide de type *counseling* est la manière de mobiliser les savoirs du patient, elle est une compétence essentielle à développer qui évoluera avec l'expérience pour devenir performante après plusieurs années.

Cette relation permet d'améliorer la qualité de la démarche clinique en privilégiant l'écoute et en considérant le patient comme un partenaire actif qui a la capacité de décrire et de clarifier sa situation problématique de santé. Le lien de confiance entre les professionnels de santé et les patients est essentiel afin d'obtenir les informations nécessaires à sa prise en soin et permettre d'orienter les questions à lui poser. La difficulté est d'adapter la relation d'aide en fonction des personnes afin de créer un lien de confiance. Cette confiance permettra une collaboration, une participation et un réel partenariat du patient.

3) L'utilisation adéquate d'une méthode de raisonnement :

- La méthode inducto-hypothético-déductive démarre par le repérage d'un ou plusieurs indices (ex : vomissements dans un contexte d'épidémie de gastro-entérite versus

vomissements dans le cadre d'une constipation voire d'une occlusion), il n'est pas toujours évident et il nécessite une observation et un questionnement.

- Le réflexe de questionnement devant une observation et la recherche de réponses peut apporter une clarification (ex : vomissements d'allure fécaloïdes, météorisme abdominal, arrêt des gaz, antécédent de chirurgie viscérale...). Les réponses du patient seront d'autant plus pertinentes si le lien de confiance est présent.

Il existe une autre méthode de raisonnement qui est celle par anticipation :

- Le raisonnement par anticipation permet d'éviter un problème et il oriente vers des actions de prévention. (ex : une personne-âgée qui ne boit pas suffisamment est à risque de déshydratation...)
- Les critères de fragilité (dénutrition, chute, iatrogénie et dépression) constituent des axes de prévention dans le raisonnement clinique et les facteurs de risques sont identifiés régulièrement pour personnaliser les interventions (ex : la mise en place des chemins cliniques spécifiques avec une équipe pluriprofessionnelle).

La théorie du raisonnement clinique débute par un **indice perçu** (ex : pleurs) qui peut orienter vers une **inférence** (interprétation liée à son vécu), cette inférence n'est qu'une **hypothèse** (opération mentale) qui doit être explorée avec le patient partenaire car l'erreur d'interprétation ne permettra pas d'identifier le problème du patient. Il faut prendre conscience que l'on fait des inférences.

4) La maîtrise des niveaux de jugement clinique :

La maîtrise des niveaux de jugement clinique est en lien avec la législation professionnelle. Le jugement clinique peut être interprété comme une conclusion clinique.

- Une infirmière, souvent en collaboration avec une aide-soignante va émettre des hypothèses dans les trois domaines cliniques : les signes et les symptômes de la pathologie, les risques liés à la pathologie et aux effets secondaires des traitements, les réactions humaines physiques et psychologiques. Une infirmière a donc le droit et même le devoir d'avoir une hypothèse de problème médical, cette hypothèse sera d'un haut niveau plus l'expertise professionnelle est importante.
- Certaines hypothèses seront partagées avec d'autres professionnels (ex : les médecins) pour être validées par les spécialistes et orienter le choix des interventions de soins coordonnées. Pour rappel, seul un médecin a le droit de poser un diagnostic médical sur une pathologie.

L'infirmière a le droit d'évoquer le nom du problème médical lorsque celui-ci a été diagnostiqué par le médecin dans le cadre de la coordination des actions de soins et la collaboration de

l'évaluation clinique du patient (ex : efficacité des traitements). Des conclusions cliniques peuvent être posées par l'infirmière dans le cadre de la gestion des risques. Le diagnostic infirmier existe mais il a ses limites selon Thérèse PSIUK, il est possible de le notifier jusqu'au moment où une conclusion clinique plus performante et complémentaire est posée qui oblige à changer les actions de soins.

Ces recherches mettent en évidence la nécessité d'approches formatives novatrices pour renforcer cette compétence. Toutefois, le raisonnement clinique peut-être parasité par des éléments inconscients, des obstacles mentaux qui peuvent affecter les décisions cliniques des infirmiers.

1.4.2.1 LE PROCESSUS DE PRISE DE DECISION COGNITIVES : INFERENCE HEURISTIQUES ET BIAIS COGNITIFS DANS LE RAISONNEMENT CLINIQUE

Selon Julien PELABERE [28], « *comprendre comment l'infirmier prend ses décisions permet de mieux appréhender les leviers à activer ou non pour l'influencer à prendre une route plutôt qu'une autre. Les choix que nous faisons quotidiennement sont tout, sauf rationnels. Notre cerveau n'est pas infaillible même si à tort nous avons tendance à surestimer notre savoir et non à le sous-estimer* ». Certaines erreurs de jugement (ou biais cognitifs) pourraient être évitées si nous prenions le temps de réfléchir hors du cadre. Ces erreurs sont la conséquence de conclusions hâtives que met en place notre cerveau pour ne pas avoir à trop réfléchir lorsque la situation semble déjà connue en apparence.

Essayons de définir les concepts d'inférences, d'heuristiques et de biais cognitifs pour mettre en évidence la relation entre ces différents aspects dans le contexte spécifique du raisonnement clinique des IDE/IOA.

Dans le contexte du raisonnement clinique infirmier, la perception d'un problème de santé se construit en utilisant des données et des inférences qui agissent comme des hypothèses ou des pistes de solutions [29]. L'**inférence** est définie comme [30] : « *une opération logique par laquelle on admet une proposition en vertu de sa liaison avec d'autres propositions déjà tenues pour vraies.* » Les inférences se réfèrent donc aux déductions ou conclusions tirées par l'IOA à partir des données recueillies lors de l'évaluation du patient. Cela implique d'analyser les symptômes, les antécédents médicaux et les résultats des examens pour formuler des hypothèses sur l'état de santé du patient et identifier les problèmes potentiels. Les inférences

sont essentielles pour évaluer rapidement les patients afin de garantir une prise en soins appropriée et une orientation rapide des patients.

En parallèle, Daniel KAHNEMAN docteur en psychologie et expert de la psychologie cognitive a pu établir que face à l'urgence, à l'incertitude ou à un grand nombre d'informations, l'individu va chercher inconsciemment à simplifier ses schémas mentaux pour évaluer rapidement la situation et prendre une décision. Il définit une **heuristique** comme [31] : « *une stratégie cognitive simplifiée (raccourci cognitif), utilisée par tout individu pour économiser du temps et faciliter la prise de décision. Elles peuvent parfois se substituer à un raisonnement analytique global en utilisant des inférences acceptables pour l'individu (réduction de la complexité). Néanmoins elles peuvent s'avérer fausses d'un point de vue logico-déductif et sont donc susceptibles de générer des biais dans l'esprit des professionnels. Ces jugements rapides sont donc en soi utiles mais aussi à la base de jugements erronés.* » Les IOA peuvent donc recourir à ces raccourcis cognitifs simplifiés pour établir des inférences acceptables, simplifiant ainsi la complexité du raisonnement analytique global dans le processus d'accueil d'un patient et économiser du temps en fonction de leur expérience passée ou des règles de pratiques établies. Or il est possible de faire des fausses inférences, ils peuvent survenir en raison :

- D'une contextualisation souvent insuffisante
- D'un manque d'information ou de données
- De la pression temporelle
- D'un manque d'expérience, de formation ou de l'incertitude
- Des biais cognitifs

Les biais cognitifs relèvent d'une autre logique en dépit de certaines similitudes selon l'auteur [31] : « *ce sont des mécanismes de pensée qui viennent déformer la réalité en raison d'une altération du jugement lié à un dysfonctionnement dans le raisonnement (distorsions cognitives). Ils sont des réflexes de pensée faussement logiques, inconscients et systématiques. Ils se produisent lorsqu'on relève une distorsion dans la prise d'information ou son traitement. Ils sont liés à des ressources cognitives limitées (temps, informations, capacités) ou à des facteurs motivationnels, émotionnels ou moraux (excès de confiance, auto-complaisance, croyances...) qui peuvent produire des biais d'analyse et de jugement.* »

Dans le contexte clinique, ces biais peuvent résulter de limitations cognitives liées au temps restreint pour réaliser un triage, au flux continu des patients, au manque de recueil d'informations, aux émotions ou aux facteurs motivationnels influençant les infirmiers dans leur analyse et jugement lors de l'accueil.

Les biais cognitifs sont des erreurs systématiques dans la pensée ou le traitement de l'information, ils peuvent influencer la prise de décision. Ces biais peuvent être dus à des préjugés, des expériences passées ou des mécanismes mentaux qui simplifient la façon dont nous traitons l'information. Ils sont difficilement observables étant donné que ces processus s'exercent dans l'esprit du soignant. L'autre difficulté réside dans le nombre de biais existants et dans leurs capacités à agir simultanément. Il est de ce fait difficile de les identifier précisément lors d'une décision. Dans le contexte de l'accueil aux urgences, certains des principaux biais cognitifs ont été sélectionnés et incluent [32] :

1) Biais de confirmation : La tendance à chercher, interpréter et privilégier les informations qui confirment nos hypothèses initiales sur un patient, tout en ignorant ou minimisant les données qui les contrastent.

2) Biais d'ancrage : L'influence excessive de la première information (ancree) reçue lors de l'évaluation d'un patient qui peut affecter la prise de décision ultérieure, même si des informations supplémentaires suggèrent un diagnostic différent.

3) Erreur de disponibilité : Le jugement est basé sur des informations facilement disponibles en mémoire plutôt que sur des données objectives. Par exemple, se concentrer sur des symptômes récemment rencontrés plutôt que sur l'ensemble des symptômes du patient.

4) Effet de halo : L'influence d'une caractéristique particulière d'un patient qui peut nuire à l'évaluation globale. Par exemple, la présence d'un comportement agressif pouvant conduire à sous-estimer d'autres symptômes.

5) Biais de contraste : La comparaison d'un patient avec ceux vus précédemment plutôt qu'avec des critères médicaux objectifs, pouvant entraîner des erreurs de jugement.

6) Biais de confirmation diagnostic : La recherche et l'interprétation sélectives d'informations qui confirment un diagnostic présumé, pouvant entraîner une négligence d'autres diagnostics possibles.

Pour résumer, le raisonnement clinique peut être perturbé par les heuristiques qui peuvent conduire à des inférences rapides mais potentiellement fausses, tandis que les biais cognitifs peuvent introduire des distorsions dans les inférences en raison de jugements altérés. Les biais cognitifs peuvent donc influencer les décisions cliniques.

Il est important de reconnaître ces biais cognitifs afin de minimiser leur impact sur le raisonnement clinique et d'améliorer la qualité des décisions prises aux urgences. Les infirmiers doivent être conscients de ces aspects pour optimiser la qualité de leurs décisions et maintenir une approche objective dans l'organisation de l'accueil. Il est crucial de sensibiliser le personnel

aux biais potentiels et de mettre en place des stratégies pour les atténuer et garantir des décisions éclairées.

1.4.2.2 LA FORMATION ACTUELLE DES IDE/IOA AU RAISONNEMENT CLINIQUE

Le concept de raisonnement clinique est officiel depuis toujours pour les médecins. Il est en vigueur pour les infirmiers depuis la rentrée scolaire 2009 car intégré dans le nouveau référentiel de formation en soins infirmiers [33]. L'apprentissage dispensé est de plus en plus en lien avec la réalité du terrain. Le développement des compétences est au cœur de ce nouveau référentiel et le raisonnement clinique est identifié en tant que tel, il s'inscrit dans les situations professionnelles, il est décliné, comme suit :

- « *Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.*
- *Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique.*
- *Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient.*
- *Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à la santé de la personne et à leur évolution.*
- *Conduire un entretien de recueil de données.*
- *Repérer les ressources et les potentialités d'une personne notamment dans la prise en charge de sa santé.*
- *Analyser une situation de santé et de soins et de poser des hypothèses interprétatives.*
- *Elaborer un diagnostic de la situation clinique et/ou un diagnostic infirmier... et identifier les interventions infirmières nécessaires.*
- *Evaluer les risques dans une situation d'urgences, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires. »*

La formation de base de l'infirmière met donc celle-ci en capacité d'évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Cependant pour exercer la fonction d'IOA, une bonne connaissance de la symptomatologie et de la clinique d'un très grand nombre de pathologies est nécessaire, l'expérience vient compléter les connaissances, c'est pourquoi la SFMU préconise deux ans de présence en service d'urgences avant de prendre le poste d'IOA, tout en ayant conscience que la réalité du terrain oblige souvent à réduire cette durée à six mois. Néanmoins ce délai est un seuil au-dessous duquel il n'est pas raisonnable de descendre. Ce

temps est indispensable pour connaître le service, son organisation, ainsi que l'hôpital : toutes choses qui paraissent loin du tri, mais qui interfèrent néanmoins régulièrement avec celui-ci. Une formation complémentaire est donc indispensable pour les IOA et elle est en principe exigée pour occuper ce poste [21]. A la formation théorique qui peut être dispensée par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), les organismes de formation privée type PANACEA ® ou encore la mise en place de formation intra-muros développée par les établissements eux-mêmes, s'ajoute une période de doublure avec un autre soignant expérimenté. La formation doit apporter la partie théorique du poste et la doublure permet au soignant de pratiquer dans le milieu professionnel où il exerce en bénéficiant du savoir expérimentiel de ses collègues IOA.

1.4.2.3 LE SAVOIR EXPERIENTIEL

De notre pratique quotidienne, nous tirons des expériences qui nous permettent d'approfondir en continu nos connaissances de façon plus ou moins consciente. Le savoir expérimentiel des soignants englobe les connaissances et compétences acquises par l'expérience pratique et quotidienne dans le domaine des soins de santé. Il se base sur les observations, les interactions avec les patients, les collègues et les situations réelles vécues au sein du contexte professionnel. Ce savoir est souvent tacite, ancré dans la pratique et complémentaire aux connaissances formelles acquises par la formation académique. Un nombre d'années d'expériences dans le même domaine et la même discipline permet d'avoir des hauts niveaux d'hypothèses de problème médical comme démontré par Patricia BENNER [34] infirmière américaine théoricienne des soins infirmiers, docteur et professeur à l'université de San Francisco, décrit comment les plus jeunes d'entre nous ont peu d'expériences à confronter à leurs bases théoriques, alors que les plus expérimentés ont tellement intégré leurs expériences qu'ils ont une vision intuitive de la situation et des difficultés à expliquer leurs raisonnements. Elle a réalisé des recherches sur les niveaux de compétences en fonction de l'expérience professionnelle et elle a élaboré le modèle de développement de l'expertise infirmière. Selon elle, le savoir expérimentiel joue un rôle central dans le processus d'acquisition de compétences et d'expertise chez les soignants.

Les cinq niveaux de compétence selon le modèle de Patricia BENNER [34] :

- 1) Novice : Les novices ont peu d'expérience pratique et suivent généralement des règles et des directives spécifiques. Il s'agit des étudiants en sciences infirmières.

- 2) Débutante : A ce stade, les soignants commencent à discerner les aspects importants des situations cliniques mais leur compréhension est encore limitée. Il s'agit des nouveaux diplômés intégrant leur 1^{er} emploi.
- 3) Compétente : Les soignants compétents ont acquis une expérience suffisante pour reconnaître des schémas dans les situations cliniques, ce qui leur permet de prendre des décisions plus rapides et efficaces. Ce sont des infirmières travaillant depuis 2 ou 3 ans dans le même service.
- 4) Performante : Les soignants performants travaillent dans le même service depuis 3 à 5 ans développent un savoir expérientiel approfondi. Leur prise de décision est intuitive, basée sur des schémas complexes intégrant des éléments émotionnels, cliniques et éthiques.
- 5) Experte (au-delà de 10-15 ans) : Le niveau le plus élevé où les soignants deviennent des maîtres dans leur domaine, anticipant activement le cours des événements grâce à une compréhension intuitive de chaque situation.

Dans le contexte du raisonnement clinique des IOA, comprendre ces niveaux de compétence peut être crucial pour identifier comment le savoir expérientiel peut-être développé et utilisé pour améliorer la qualité du triage et de la prise en soins des patients aux urgences.

1.4.3 LES URGENCES AUJOURD'HUI : LES PARCOURS PATIENTS

La congestion aux urgences est un défi majeur. Des études soulignent la nécessité d'améliorer la gestion des flux pour optimiser le parcours de soins.

1.4.3.1 LE PARCOURS DE SOINS : LE CONCEPT DE FILIERE

Le parcours de soins aux urgences en lien avec la gestion des flux constitue un défi majeur. Des recommandations soulignent l'importance d'améliorer la cohérence des soins pour optimiser le parcours du patient (la certification des établissements est centrée sur les parcours de soins). Il se réfère à la trajectoire que suit un patient depuis son arrivée aux urgences jusqu'à sa sortie de l'hôpital, englobant l'ensemble des étapes de prise en soins. Il met l'accent sur une approche coordonnée, efficace et orientée vers le patient. Le parcours de soins peut améliorer le raisonnement clinique des infirmiers car un parcours de soins bien organisé peut optimiser leur capacité à évaluer, trier et traiter les patients de manière stratégique, en minimisant les erreurs et en favorisant les interventions rapides et appropriées. Une coordination efficace dans

le parcours de soins contribue ainsi au développement du raisonnement clinique des infirmiers en situations d'urgence [35].

1.4.3.2 LES CHEMINS CLINIQUES : EXEMPLE D'ERAS URGENCE

Le chemin clinique est défini par le Ministère de la Santé [36] (Instruction n° DGOS/R3/2015/22, 1^{er} juillet 2015) « *comme un outil de coordination des trajectoires de santé. Il contient la description détaillée et l'analyse de la totalité du processus de prise en charge du patient issu à la fois des données de la littérature et de l'observation de la pratique sur le terrain. Les différentes phases, étapes, actions, ressources nécessaires et personnels affectés ainsi que les interfaces (ex : coordination des soins avec les différents acteurs) sont identifiées. Le chemin clinique est partagé par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient* ». Selon la Haute Autorité de Santé, le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité (2014) [36] « *Il est centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. C'est une méthode faisant appel à l'analyse de processus, la planification des soins et l'élaboration de procédures de soins et protocoles thérapeutiques. Elle permet d'améliorer la coordination des multiples acteurs engagés dans la prise en charge des patients. Elle peut être utilisée dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral coordonné.* »

Les chemins cliniques sont basés sur des filières adaptées pour un groupe homogène de patients, ils émergent comme une approche collaborative et structurante pour répondre aux défis complexes des urgences et peuvent améliorer la cohérence des soins aux urgences. Leur mise en œuvre nécessite une collaboration pluriprofessionnelle et une adaptation aux spécialités de chaque service. Le chemin clinique désigne un itinéraire préétabli et optimisé pour la prise en soins d'une condition spécifique aux urgences. Il peut être un logigramme qui décrit le parcours de soin du patient avec des figures géométriques proposé par la HAS, ce sont les étapes d'un parcours complet (Cf. ANNEXE 5 : Logigramme ERAS Urgence). Il est couplé avec un tableau de soins coordonné détaillant les différentes étapes. Il s'agit d'un guide structuré définissant les étapes, les interventions et les décisions à prendre pour assurer une gestion efficace et efficiente des patients.

Les avantages du chemin clinique résident dans :

- L'importance de la standardisation des processus dans les urgences,
- La rationalisation des soins,

- La réduction des variations de pratique,
- L'amélioration de la qualité des soins,
- La minimisation des retards de prise en soins.

Ces éléments permettent également de renforcer le raisonnement clinique des infirmiers en les guidant dans des protocoles bien définis, favorisant ainsi des décisions éclairées et rapides. La structuration d'un parcours et l'utilisation de chemins cliniques contribuent au développement du raisonnement clinique des IOA.

1.4.4 LA PLACE DE L'IPA DANS LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES IDE : UN ROLE COLLABORATIF

1.4.4.1 IPA ET IDE

En collaboration avec l'équipe infirmière (Cf. ANNEXE 6 : Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière), l'IPA grâce à son expertise clinique et ses compétences en recherche et en enseignement acquises au cours de sa formation, contribuera à valoriser les pratiques infirmières existantes. En outre, l'IPA encouragera le développement et le maintien de soins infirmiers de qualité en promouvant le développement des connaissances et des pratiques infirmières fondées sur les données probantes. En facilitant la mise en œuvre de recherches en sciences infirmières, l'IPA contribuera à la reconnaissance et à la valorisation du rôle infirmier dans toutes ses dimensions [38].

1.4.4.2 IPA ET CADRE DE SANTE : LEADERSHIP CLINIQUE ET LEADERSHIP MANAGERIAL

Dans le cadre de la dynamique organisationnelle des services de santé, le cadre de santé occupe un rôle de leadership managérial axé sur l'organisation et la gestion, tandis que l'IPA incarne le leadership clinique. Cette synergie entre les deux acteurs, semble dessiner un avenir prometteur dans les organisations du système de santé, leur collaboration vise à améliorer la qualité des soins et la recherche, en particulier dans la coordination des parcours de soins et des initiatives d'amélioration [39] (Cf. ANNEXE 7 : Intégration de l'IPA dans un service de soins hospitalier). Cette coopération requiert une clarté dans la répartition des rôles de chacun. Par son activité clinique directe, l'IPA facilite la liaison entre la pratique infirmière réelle et les besoins d'amélioration ou de modification de l'organisation des soins, favorisant ainsi la mise en place des démarches d'amélioration innovantes décidées avec l'encadrement [38]. Alors que les compétences en management de l'équipe paramédicale appartiennent aux cadres de santé, l'IPA se positionne davantage en tant que leader clinique. Il me semble essentiel d'aborder la

notion de gouvernance clinique dans ce contexte collaboratif [40], qui fait référence à la coordination et au raisonnement clinique au sein de l'équipe soignante. Cette approche met l'accent sur une prise en soins globale et centrée autour du patient en intégrant les expertises cliniques et managériales des deux parties. Elle favorise également une culture de responsabilité collective et d'amélioration continue, où les décisions sont prises de manière collaborative et basées sur les meilleures pratiques cliniques et managériales disponibles. En intégrant les perspectives et les compétences complémentaires des cadres de santé et des IPA, la gouvernance clinique vise à garantir des soins de haute qualité, centrés sur les besoins des patients et alignés avec les objectifs institutionnels.

Ces concepts s'entrelacent pour former un réseau de pratiques optimales aux urgences, renforçant la nécessité d'une approche holistique et intégrée dans la prestation des soins.

SYNTHESE DU CADRE THEORIQUE ET FORMULATION D'UNE HYPOTHESE

Le cadre théorique crée une toile conceptuelle mettant en lumière les interactions entre les différents éléments étudiés favorisant ainsi une compréhension approfondie du contexte de l'accueil aux urgences. En considérant la zone d'accueil et d'orientation comme un point nodal, le tri des patients devient un processus stratégique intégrant la grille de tri et garantissant une harmonie avec les parcours de soins et les chemins cliniques spécifiques. Au cœur de cette organisation, nous comprenons facilement que le rôle de IOA est crucial. Le concept du raisonnement clinique émerge alors comme un pilier soulignant l'importance de la formation de ces infirmiers travaillant aux portes des urgences. L'apport du savoir expérientiel des infirmiers s'inscrit dans cette dynamique, renforçant la qualité des décisions prises. En parallèle, le travail collaboratif et pluriprofessionnel entre les médecins et les infirmiers se révèlent essentiel pour assurer une prise en soins efficiente. A l'horizon, l'infirmier en pratique avancée grâce à son leadership clinique permettra d'apporter une plus-value significative en travaillant de concert avec l'équipe d'encadrement afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

L'étude de cette première partie m'a permis d'élaborer une hypothèse :

La formation actuelle des Infirmiers Organiseurs de l'Accueil semble insuffisante pour favoriser le développement du raisonnement clinique et pour permettre à ces professionnels d'effectuer des examens physiques auprès des patients aux urgences afin d'améliorer le jugement clinique.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le point de départ de ce travail est le souhait de travailler sur l'implémentation d'un nouveau parcours de soins au sein des Urgences : le protocole ERAS Urgence. J'ai réalisé une étude rétrospective exploratoire des dossiers patients sur la prise en soins actuelle des urgences abdominales nécessitant une chirurgie en urgence. Je me suis basée sur les critères des dernières guidelines internationales, en identifiant deux paramètres principaux :

- Une chirurgie en moins de 6h après réalisation du scanner.
- Un repérage rapide d'une urgence chirurgicale dès la ZAO par l'IOA.

En ce qui concerne le 1^{er} paramètre, l'étude des dossiers patients affirme que les délais sont actuellement honorables grâce au plateau technique du Centre Hospitalier de Valenciennes. Les chiffres pourront être améliorés par le biais d'une sensibilisation et d'une formation des équipes au protocole ERAS Urgence lors de son implémentation par des professionnels experts.

Pour répondre au 2^{ème} paramètre, j'ai décidé de réaliser un audit des formulaires de triage des dossiers patients opérés en urgence d'une chirurgie viscérale. Je me suis appuyée sur le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'ANAES de Juin 2003 [20] concernant la réalisation pratique de l'audit clinique permettant l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique est *« une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer »* [20]. Après avoir traité les données recueillies en valeur absolue, en m'aidant d'une grille de dépouillement des résultats, des lacunes ont été mises en évidence lors du triage des IOA. Les résultats de l'audit ont souligné la nécessité de renforcer le raisonnement clinique des infirmiers en amont de l'implémentation du parcours de soins ERAS Urgence.

L'étude rétrospective exploratoire m'a permis de mettre en évidence une problématique et d'élaborer une question de recherche, pour rappel : Comment améliorer le raisonnement clinique chez les Infirmiers Organiseurs de l'Accueil (IOA) aux urgences pour réduire les erreurs de triage, améliorer la qualité des décisions initiales et le parcours de soins des patients? *Illustration avec l'exemple du protocole ERAS en contexte d'urgence.*

Le cadre théorique a été construit en adéquation avec mon questionnement de départ par le biais d'un état de l'art de la littérature sur le sujet. J'ai effectué de nombreuses recherches scientifiques sur les bases de données google scholar, cairns et grâce à l'emprunt et à l'achat d'ouvrages spécifiques. Les référentiels des sociétés savantes comme la SFMU ont été étudiés.

Les recherches ont été facilitées par l'utilisation de mots clés : « Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA), Zone d'Accueil et d'Orientation (ZAO), triage, raisonnement clinique, parcours de soins, développement des compétences, IPAU (Infirmier en Pratique Avancée mention Urgences) » qui m'ont permis de réaliser des équations de recherche. L'étude du cadre théorique m'a permis d'élaborer une hypothèse et d'émettre des objectifs de recherche me permettant de la confirmer ou de l'infirmier par le biais d'une méthode de recherche adaptée.

2.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Objectif principal :

Identifier les freins et les leviers au raisonnement clinique chez les Infirmiers d'Orientation et d'Accueil aux urgences lors du triage en Zone d'Accueil et d'Orientation (ZAO) des patients.

Critère de jugement principal :

Analyse des verbatims des IOA issus des entretiens semi-directifs pour permettre de comprendre les dynamiques influençant la qualité du triage des patients, contribuant ainsi à la mise en lumière des aspects essentiels à améliorer dans la pratique de ces professionnels.

Objectif secondaire ou opérationnel :

A la lumière des résultats issus de l'analyse des entretiens semi-directifs et de l'audit des formulaires de triage réalisées par les IOA, proposer des actions concrètes et adaptées visant à renforcer le raisonnement clinique de ces professionnels, optimiser les procédures de triage afin d'améliorer la qualité globale des soins prodigués aux patients.

2.2 CHOIX DE LA METHODE

Le sujet traité m'oriente vers une analyse des pratiques professionnelles qui me permettra de confirmer ou d'infirmier l'hypothèse émise, à savoir : la formation actuelle des IOA est insuffisante et induit des freins au raisonnement clinique des professionnels de santé. Je me suis également appuyée sur un ouvrage qui m'a été conseillé par une IPA récemment diplômée afin de m'initier, me guider et respecter les principes méthodologiques en recherche « Manuel de recherche en sciences sociales 6ème édition de J. MARQUET, L. VAN CAMPENHOUDT, R. QUIVY » [41]. Dans cette étude, je me suis positionnée en tant que chercheur de terrain et observateur direct. Mon savoir expérientiel est un élément clé me permettant de comprendre l'organisation étudiée. Ce concept développé dans le cadre théorique fait écho aux propos à l'auteur Henry MINTZBERG (Mintzberg, 2010) [42] : « *pour*

comprendre comment les organisations se structurent, il faut d'abord savoir comment elles fonctionnent ».

J'ai décidé de réaliser une étude qualitative descriptive monocentrique par des entretiens semi-directifs auprès des IOA du SAU adultes du CHV.

2.2.1 SERVICE IMPLIQUE : LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHV

En préambule, le CHV joue un rôle important dans l'offre de soins sur son bassin de vie de 800 000 habitants dont les besoins en matière de santé sont considérables. Il est à la fois un établissement de proximité, de recours et de référence en tant qu'hôpital support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Hainaut-Cambrésis. Son volume d'activité en fait la troisième structure hospitalière des Hauts-de-France. Pour mener à bien mon étude, il m'a paru intéressant de rencontrer le personnel du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Valenciennes avec lequel je travaille depuis le début de mes recherches. De plus, je suis infirmière dans ce service depuis 18 ans, mon expérience professionnelle aux urgences m'a permis d'acquérir une polyvalence dans la prise en soin de diverses pathologies, dans la réalisation de soins techniques spécifiques, dans l'analyse de pratique grâce au travail collaboratif quotidien avec l'équipe médicale et paramédicale. Un projet d'implantation des Infirmiers en Pratique Avancée a été co-construit avec l'équipe d'encadrement. Cette équipe accueille 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence médicale, psychiatrique ou sociale. En 2023, le nombre de passages est de 75 554, cela représente 207 admissions quotidiennes.

L'équipe est composée de :

- Un chef de pôle + un adjoint, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif formant le trinôme de pôle
- Médecins : 25,1 ETP (équivalent temps plein urgences et SMUR) dont 1 médecin chef et 2 adjoints (hors internes et FFI)
- Cadres de santé : 3 cadres de jour et 2 cadres de nuit
- Infirmiers : 71,1 ETP (urgences et SMUR) soit 73 IDE présents physiquement
- Aides-soignants : 33,2 ETP (urgences et SMUR) soit 34 AS présents physiquement
- Agents de service hospitalier : 12,7 ETP soit 13 ASH présents physiquement
- Secrétaires médicales : 3
- Assistante sociale : 1
- Techniciens d'informations médicales et cotations : 2

- Agents de gestion de pôle : 2
- Agents administratifs : 14
- Ouvriers de pôle : 2

2.2.2 POPULATION D'ETUDE / ECHANTILLONAGE

J'ai choisi d'interroger des professionnels exerçant la fonction d'IOA. La population cible étudiée doit avoir des niveaux d'expériences différents afin de garantir un échantillonnage homogène conformément à la réalité du terrain. Le choix des interlocuteurs s'est fait de manière aléatoire lors de ma présence dans le service afin de réaliser les entretiens semi-directifs. Un état des lieux a été réalisé en amont avec la cadre de santé du service afin d'identifier les professionnels formés ainsi que leurs niveaux d'expériences. Cependant, une fois la catégorisation effectuée, les choix ont été réalisés en fonction de la disponibilité des agents, essentiellement en poste de travail mais sur des secteurs de soins permettant un remplacement facilité grâce au renfort infirmier afin de bénéficier d'un temps d'échange serein dans un bureau du service. Il me paraissait difficile de réaliser les entretiens des IOA en dehors du temps de travail étant donné le planning hebdomadaire conséquent des soignants.

Critère d'inclusion et de non inclusion :

Critères d'inclusion :

- Les Infirmiers d'Orientation et d'Accueil du service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Valenciennes.

Critères de non-inclusion :

- Les IDE non formés à la ZAO.
- Les autres professionnels de santé.

2.2.3 L'ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI-DIRECTIF

L'entretien est défini comme [41] « *une méthode de d'informations consistant en un échange entre l'enquêteur et une personne (le répondant) au cours duquel cette dernière est invitée à s'exprimer à propos de l'objet de la recherche et de son rapport à cet objet. Dans la recherche en sciences sociales, l'entretien est le plus souvent semi-directif dans la mesure où l'enquêteur laisse au répondant une grande liberté de parole, en veillant toutefois à ce que l'échange reste dans le cadre des objectifs de la recherche* ». Il est composé de questions-guides ouvertes qui ont été conçues de manière à aborder des thèmes identiques et d'en croiser les réponses. Cette méthode me permettra une certaine liberté afin de recevoir des informations

qualitatives riches et nuancées. Le but est d'obtenir des réponses en ce qui concerne les conditions dans lesquelles s'effectuent le triage des patients à l'accueil des urgences. A noter qu'il y a des préalables aux entretiens.

2.2.3.1 LE GUIDE D'ENTRETIEN

La construction d'un guide d'entretien est indispensable pour réaliser des entretiens semi-directifs. Il repose sur une approche méthodique visant à explorer les variations d'expériences car j'ai décidé d'interviewer des IOA aux niveaux d'expériences différents. L'objectif est de dévoiler les nuances dans leur approche lors du triage aux urgences, mettant en lumière les freins et les attentes spécifiques pour chaque groupe.

Pour assurer la pertinence du guide d'entretien, des questions principales ont été formulées en fonction des thématiques de recherche ciblées en amont, grâce à l'audit exploratoire des formulaires de triage. De plus, des questions de relance seront adaptées à chaque niveau d'expérience en fonction des réponses obtenues. Ces questions ont été testées auprès de trois IOA représentant des expériences variées, démontrant ainsi leur fiabilité en termes de recueil d'informations. Cependant, la flexibilité du guide se manifeste dans les questions de relance, qui nécessitent une adaptation du chercheur en fonction du niveau d'expérience des interlocuteurs. Cette adaptabilité vise à obtenir des données qualitatives approfondies, essentielles pour répondre à l'hypothèse de recherche et explorer les freins et les leviers associés au raisonnement clinique lors du triage aux urgences. Ainsi, la progression des réponses recueillies guidera la démarche et le choix des questions de relance afin d'assurer une compréhension approfondie des dynamiques spécifiques à chaque professionnel. (Cf. ANNEXE 8 : Guide d'entretien). Au décours des tests, le guide d'entretien n'a pas été modifié mais j'ai pris conscience que les questions de relance seront différentes d'un soignant à l'autre en fonction des réponses aux questions principales.

2.2.3.2 COLLECTE DE DONNEES

Afin de recueillir des données auprès des professionnels du SAU de Valenciennes, une autorisation a été demandée et accordée lors de la présentation de mon projet de mémoire au COPIL des urgences le 6 Octobre 2023, en présence du trinôme de pôle, du médecin chef, des médecins adjoints et de l'encadrement paramédical.

Un avis auprès de l'Unité de Recherche Clinique (URC) du Centre Hospitalier de Valenciennes a également été demandé, lors de la 1^{ère} entrevue le 5 septembre 2023. La recherche envisagée est considérée comme n'impliquant pas la personne humaine. Un formulaire de soumission au

Comité Ethique de la Recherche Clinique (CERCL) a été envoyé le 13 Décembre 2023. A l'issue de l'examen du projet par la présidente, l'obtention d'un avis n'est pas nécessaire car il s'agit d'une évaluation des pratiques professionnelles. La seule contrainte est d'informer les professionnels interrogés que les données recueillies seront utilisées à des fins d'évaluation des pratiques professionnelles pour mon mémoire de fin d'études.

2.2.3.3 MODE D'INFORMATION DES INTERVIEWES

J'ai recueilli la non opposition des IOA interviewés avant la réalisation et le début de l'enregistrement des entretiens semi-directifs (Cf. ANNEXE 9 : transmission d'une note explicative avant le début de l'entretien avec les coordonnées du délégué à la protection des données du CHV en cas d'opposition ultérieure).

2.2.3.4 NOMBRE DE SUJETS

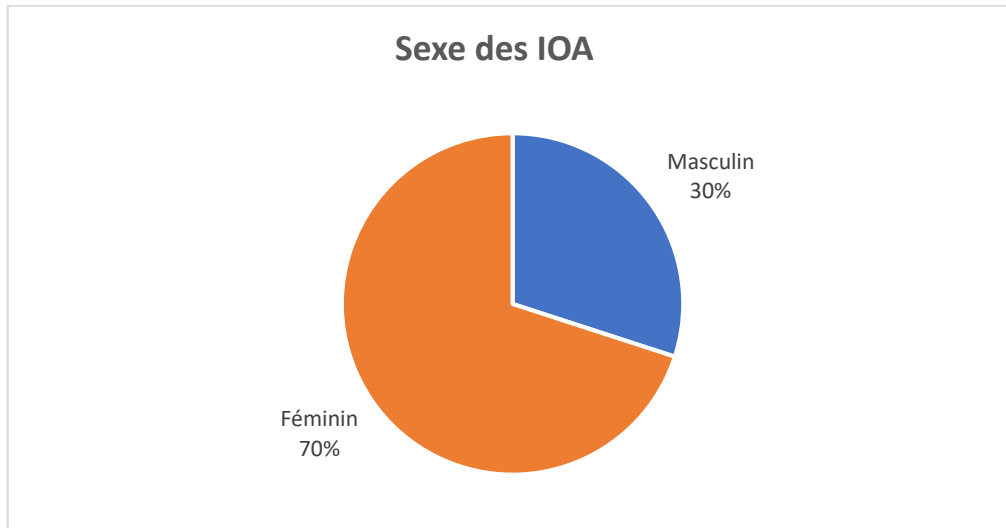
Il y avait une population cible de 50 IOA dans cette étude. Des entretiens semi-directifs ont été menés entre le 26 décembre 2023 et le 5 janvier 2024 jusqu'à atteindre la saturation des données. Elle a été atteinte lorsque les entretiens n'ont plus fourni de nouvelles informations ou de perspectives significatives sur le sujet étudié. Au total, 10 IOA ont été interviewés, ce nombre était suffisant pour couvrir une gamme complète de points de vue et d'expériences au sein de la population cible, garantissant ainsi la richesse et la diversité des données recueillies.

2.2.3.5 LES BIAIS ANTICIPES

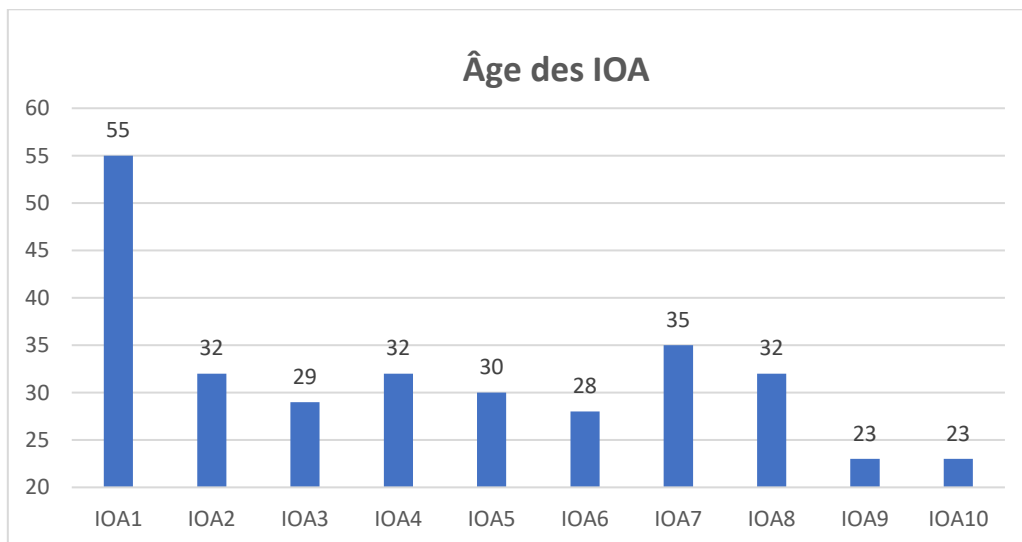
Lors des entretiens semi-directifs, la proximité professionnelle avec les IOA interviewés facilite l'établissement d'une relation de confiance, favorisant des réponses plus ouvertes d'autant plus que j'ai une connaissance approfondie de la fonction étudiée. Mais à contrario, connaître les professionnels peut introduire des biais tels que la volonté de donner des réponses socialement acceptables, la réticence à exprimer des opinions contraires, la retenue d'informations par crainte de jugement ou le désir de ne pas se montrer critique [43]. Ces biais peuvent influencer la nature des réponses obtenues. Afin de les limiter, j'ai essayé de créer un climat de confiance et de neutralité en soulignant l'importance d'obtenir des réponses honnêtes qui contribueront à proposer des améliorations collectives et non pas à réaliser une évaluation individuelle des pratiques professionnelles. J'ai insisté sur l'aspect confidentiel des échanges pour minimiser ces influences.

PARTIE 3 : RESULTATS

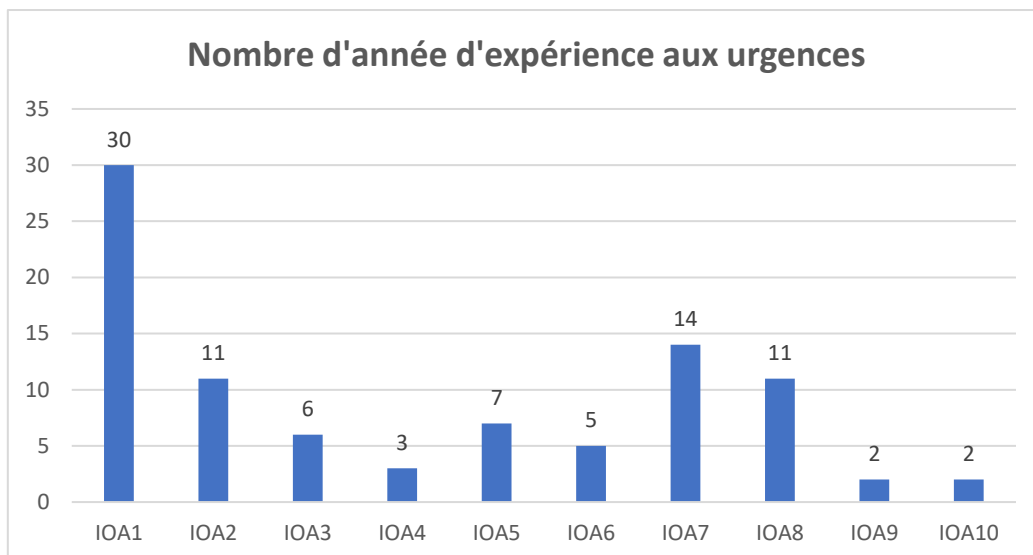
3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLONAGE



Sexe : 70% des IOA interrogés sont des femmes.

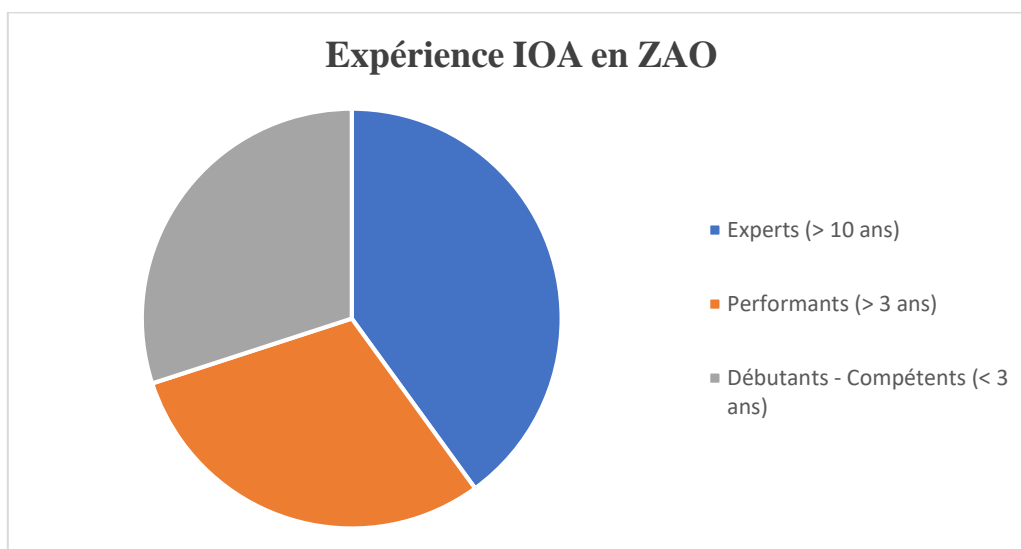


La moyenne d'âges des IOA interrogés est de 31,9 ans (de 23 ans à 55 ans).



La moyenne d'expérience aux urgences est de 9,1 ans (de 2 ans à 30 ans).

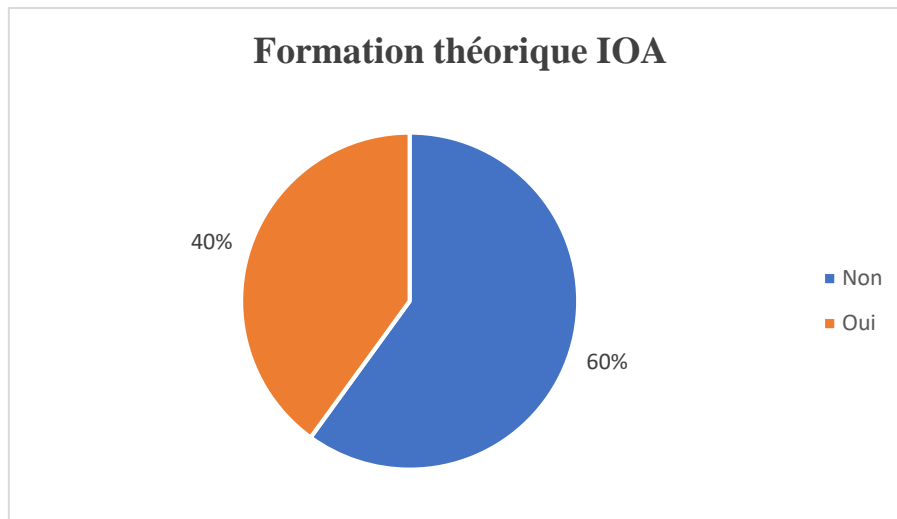
Expérience autre : 90% des IOA interrogés ont débuté leur exercice professionnel aux urgences.



La moyenne d'expérience à l'accueil est de 6,4 ans (de 1 an à 24 ans).

Selon le concept de Patricia BENNER, les IOA interviewés ont été catégorisé en fonction de leur expérience professionnelle en 3 catégories :

- Experts
- Performants
- Débutants-Compétents



Formation IOA (théorique) : 60% de IOA interrogés n'ont pas reçu de formation théorique spécifique.

3.2 SYNTHÈSE DES RESULTATS

Le guide d'entretien a servi de grille analytique initiale pour répondre aux objectifs de la recherche. Les résultats obtenus sont présentés selon les thématiques émergentes, qui seront ensuite reliées au cadre théorique en fonction des objectifs de la recherche et de l'hypothèse formulée. L'analyse thématique met l'accent sur l'identification, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives recueillies dans les verbatims des entretiens. Selon le « Manuel de recherche en sciences sociales 6ème édition de J. MARQUET, L. VAN CAMPENHOUDT, R. QUIVY » [41], l'analyse permet de faire des liens à deux niveaux : d'une part, elle permet d'analyser les éléments au sein de chaque entretien, et d'autre part, elle facilite les comparaisons entre les différents entretiens pour mettre en évidence les convergences et divergences, mettant ainsi en lumière les thèmes récurrents.

La retranscription des verbatims des entretiens semi-directifs est disponible en scannant le QR-code suivant :



Pour faciliter l'analyse des verbatims, des tableaux de codage ont été créés afin de classer les verbatims de chaque entretien et d'identifier les thématiques émergentes (Cf. ANNEXE 10 : Tableaux thématiques des entretiens semi-directifs). Afin de croiser différentes sources d'information pour renforcer la validité et la profondeur de l'analyse, j'ai utilisé en parallèle une triangulation des données basée sur mon savoir expérientiel et mes observations de terrain (Cf. ANNEXE 4 : Grille de dépouillement des résultats de l'audit). Cette approche m'a permis d'examiner attentivement les retranscriptions pour en extraire des thèmes et sous-thèmes sans l'utilisation d'un logiciel d'analyse.

Thème n°1 : Processus de triage et d'accueil des patients

Sous-thèmes :

- Utilisation des outils de triage (grille de tri)
- Formation et expérience des infirmiers au triage
- Défis rencontrés lors du triage (complexité des cas / grille, flux, formulaire de tri)
- Besoins en formation supplémentaire

Thème n°2 : Collaboration pluriprofessionnelle

Sous-thèmes :

- Communication et transmission d'informations entre les équipes
- Gestion des situations complexes / cas ambigus (impact sur le processus de triage et la prise en soins des patients)

Thème n° 3 : Raisonnement clinique

Sous-thèmes :

- Influence de l'expérience et des formations sur le raisonnement clinique
- Facteur influençant le triage (première impression du patient, typologies des patients, expériences antérieures, collaboration avec d'autres professionnels de santé)
- Besoin de développement des compétences cliniques (examen physique, interprétation des signes cliniques)

Thème n°4 : Aménagement des locaux et équipements

Sous-thèmes :

- Influence de l'aménagement sur le processus de triage
- Besoins en équipements spécifiques pour faciliter le travail des infirmiers et suggestions pour améliorer l'agencement des locaux

Thème n°5 : Parcours de soin

Sous-thèmes :

- Impact des parcours de soins sur le triage et l'orientation
- Utilisation des protocoles cliniques

Thème n°6 : Les freins et les leviers au raisonnement clinique

- Propositions d'actions

Le tableau de codage m'a servi de support à l'analyse approfondie des données, permettant ainsi une meilleure compréhension des freins au raisonnement clinique rencontrés par les IOA.

PARTIE 4 : ANALYSE

Pour rappel, la finalité est d'identifier les freins et les leviers au raisonnement clinique des IOA dans le processus de triage. Je me suis focalisée sur les perceptions et les pratiques des infirmiers à l'accueil lors du triage des patients en prenant en compte les lacunes déjà identifiées lors de l'audit des dossiers. Ces professionnels de santé ont été en mesure de me renseigner sur des éléments concernant leur perception du fonctionnement organisationnel et m'ont apporté des informations sur les éléments bloquants mis en évidence dans les audits ainsi que les moyens pour les affronter. A noter, que la ZAO fonctionne actuellement avec deux IOA de 9h à 00h15 et un seul de 00h15 à 9h. Les IOA travaillent en binôme avec un aide-soignant. Un MAO est présent de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi. Un infirmier de renfort peut aider à l'accueil en cas de flux important de 9h à 00h15.

4.1 PROCESSUS DE TRIAGE ET D'ACCUEIL DES PATIENTS

➤ UTILISATION DE LA GRILLE DE TRI F.R.E.N.C.H

Les infirmiers les plus expérimentés ont recours à la grille de triage pour évaluer les patients à leur arrivée aux urgences contrairement aux infirmiers débutants. Cependant, certaines lacunes dans la maîtrise de cette grille ont été observées, notamment en termes de compréhension et d'adaptabilité aux motifs de recours : IOA 7 page 38 lignes 51-52 « *c'est compliqué de l'utiliser, de l'appliquer à 100%... Parce qu'il y a des fois... je trouve qu'elle n'est pas toujours adaptée à nos urgences* », IOA 2 page 12 lignes 205-208 « *...la grille de triage French, elle n'est pas, elle n'est pas hyper maîtrisée, au final, et puis il n'y a pas tous les motifs, par exemple, une personne qui arrive pour une rhabdomyolyse, station au sol prolongée...etc... et on ne sait*

jamais comment la classifier ». Les plus jeunes infirmiers n'ayant pas reçu de formation à l'utilisation de cette grille avouent mal la connaître et ne l'utilisent pas préférant trier au *feeling* : IOA 4 pages 19 lignes 29-31 et 36-37 « *Il m'est arrivé de m'en servir euh...pour classer euh... le degré d'urgence mais... généralement euh...non, généralement, je ne m'en sers pas trop... Je la trouve assez compliqué. Puis, après, faut quand même prendre le temps de bien regarder euh... en fonction du motif tout ça... je ne la trouve pas simple...* ». L'observation de l'utilisation de la grille de triage par le biais des audits et des entretiens met en lumière l'importance de la formation et de la familiarisation des IOA à cet outil dès l'intégration des infirmiers en ZAO. La SFMU préconise une formation centrée sur l'utilisation de cet outil. Les lacunes dans la maîtrise de la grille soulignent la nécessité d'une formation pour garantir l'utilisation adéquate, fluide, efficace et uniforme par l'ensemble des IOA comme illustré par ces propos : page 5 lignes 201-203 « *on minimise le risque d'erreur en se raccordant, en se raccrochant et en utilisant des grilles de triage, du screening de patients, qui est validé, qui est reproductible, qui est relativement fin* ».

➤ FORMATION ET EXPERIENCE

Les IOA expérimentés ont bénéficié d'une formation théorique de deux jours par l'organisme PANACEA en complément de la doublure sur le terrain. De plus, une sensibilisation du personnel a été réalisée lors du déploiement de la grille de triage F.R.E.N.C.H au SAU de Valenciennes mais suite au départ des pilotes du groupe accueil (cadre de santé et médecin référent) responsables du projet, la poursuite de la formation a été stoppée. La crise COVID qui a succédé a probablement mis un coup d'arrêt supplémentaire à ces organisations étant donné que la formation théorique n'est plus proposée depuis environ 4 ans. Actuellement, la formation spécifique au triage est limitée, la plupart des infirmiers récemment intégrés à l'accueil ont bénéficié d'une formation de courte durée par le biais d'un apprentissage sur le terrain (2 postes doublées par un IOA expérimenté). Les IOA expriment un besoin accru de formation continue pour améliorer leurs compétences en triage : IOA 10 page lignes 240-248 « *rien qu'une formation théorique sur le triage, ça aurait été bien aussi... Ce qu'il me manque à l'heure actuelle, les connaissances surtout, sur tous les cas de figures. Après, forcément une formation, on ne peut pas tout voir. Mais je trouve que deux jours comme ça, c'était trop léger pour être formée et lâchée comme ça à l'accueil je trouve que c'était très léger. Une formation sur les situations prévalentes qu'on rencontre...* », IOA 9 page 58 lignes 229-237 « *Moi, je pense qu'il m'aurait manqué une vraie formation, en tout cas sur les grosses pathologies, les gros diagnostics qu'on peut avoir vraiment. Les situations prévalentes qu'on rencontrent de manière*

générale aux urgences, qu'est-ce qu'on fait rentrer, qu'est-ce qu'on ne fait pas rentrer ? Quels sont les critères de gravité ? ...et vraiment, deux jours de formation, pour moi, deux jours de doublons, ça n'a pas forcément été suffisant. Quand je suis arrivée à l'accueil je n'étais pas prête. Moi je pense qu'un apport théorique et plus de doublons. Pour avoir quelque chose de pratique derrière, ce serait quand même pas mal... moi, quand j'ai commencé mes accueils, je n'étais pas forcément très sereine ». La courte durée des formations initiales et l'apprentissage sur le terrain soulèvent des questions sur l'adéquation des programmes de formation actuels pour préparer les infirmiers à leurs responsabilités en matière de triage. Il apparaît clairement un besoin accru de formation plus approfondies et ciblées sur les compétences de triage (utilisation de la grille de tri F.R.EN.C.H et apport théorique sur les situations prévalentes rencontrées aux urgences). Malgré les difficultés rencontrées, les IOA respectent le processus de triage recommandé par la SFMU à savoir : l'identitovigilance, l'interrogatoire du patient et des proches, l'anamnèse, l'observation des signes cliniques, la prise des paramètres vitaux mais se pose ici la notion de la pertinence du recueil de données et de l'uniformisation des triages étant donné que l'outil de tri n'est pas appliqué par tous.

➤ DEFIS RENCONTRES LORS DU TRIAGE

Les participants ont identifié plusieurs défis lors du processus de triage, notamment la charge de travail avec le flux incessant des patients ne leur permettant pas de prendre le temps pour un triage de qualité : IOA 6 page 35 lignes 185-186 « *en termes de temps aussi à l'accueil, on est limité avec le flux* », IOA 7 page 41 lignes 174-175 « *Moi, j'ai l'impression que, des fois à l'accueil, on est tellement compressé qu'on... s'empêche de prendre le temps...* ». De plus, le formulaire de triage dans le DPI est fastidieux, il comporte beaucoup d'éléments à renseigner et la charge administrative diminue le temps au contact du patient : IOA 7 page 42 lignes 212-218 « *On perd trop de temps sur les éléments qui sont obligatoires à remplir dans les fiches de triage... ça nous fait perdre du temps et ça nous fait poser du coup des questions encore plus aux patients... ce temps-là, on pourrait l'utiliser pour parler de ce pourquoi il vient, plutôt que de lui casser les pieds avec le PC, combien de vaccins... l'administratif qui n'est pas forcément essentiel à ce moment-là en tous les cas...* », IOA 8 page 51 lignes 204-209 « *notre formulaire de triage qui n'est pas optimal, mais je trouve qu'on pose tout le temps les mêmes questions... Je trouve que c'est des questions qui nous font perdre du temps et qui ne sont pas forcément utiles à ce moment-là* ». Le recueil d'informations auprès des différents interlocuteurs (patient, famille, pompiers, ambulanciers...) peut-être un défi : IOA 9 page 59 lignes 254-256 « *l'accueil aux urgences ce n'est pas forcément facile (rires) tous les jours, parce qu'on a un flux patient*

qui est important et... les patients sont de moins en moins patients... même les ambulanciers, les pompiers ». Un autre élément notable dans les entretiens est l'absence d'uniformisation des pratiques sur l'orientation des patients en fonction de la complexité des cas provoquant des incertitudes chez les IOA qu'ils soient débutants ou expérimentés : IOA 10 page 62 lignes 71-72 « *J'avoue que là...ce jour-là...je me suis...c'était compliqué...ben oui je savais plus où le mettre...* », lignes 75-76 « *parce que c'est médecins dépendants, parce que c'est pas uniformisé...* », IOA 9 page 53 lignes 38-43 « *il y a beaucoup de choses qui ne rentrent pas forcément dans les cases...il y a des choses aussi, ou c'est médecin dépendant ...c'est censé être au déchoquage et certains médecins vont nous dire médico chir. Donc... s'adapter avec la grille et avec les médecins qui sont avec nous ou le sénior de garde* ». Les défis rencontrés par les IOA lors du triage, tels que la complexité des cas, le flux des patients, le manque de temps et la charge administrative soulignent la nécessité d'une approche plus collaborative et d'une meilleure coordination entre les différents acteurs impliqués dans le processus de triage. Un travail sur la simplification du formulaire de triage doit être mené.

➤ BESOINS EN FORMATION SUPPLEMENTAIRE

La majorité des infirmiers expriment le besoin d'une formation plus poussée sur le triage, notamment en ce qui concerne l'interprétation des signes cliniques et la prise de décision rapide : IOA 8 page 50 lignes 193-195 « *Une vraie formation avant de commencer, faire beaucoup plus de cas clinique. Je trouve que c'est beaucoup trop rapide, à l'heure actuelle... de passer à l'accueil ! Pour moi, c'est le poste le plus compliqué* », IOA 7 page 43 lignes 242-244 « *Peut-être faire une formation interne, vraiment propre à Valenciennes, sur l'accueil de nos patients dans nos locaux, en retravaillant, peut être avec la French...* », lignes 251-255 « *Mais avec une formation et que tout le monde ait... la même, les mêmes recommandations...Que tout le monde soit formé à la French, tout le monde repasse par une formation sur le triage via la French et éventuellement la mise en place de protocoles qui permettraient effectivement d'uniformiser toutes nos pratiques* ». L'identification des besoins en formation supplémentaire met en évidence les lacunes actuelles dans les compétences des infirmiers en triage et souligne l'importance d'investir dans des programmes de formation plus complets et spécialisés pour renforcer leurs compétences et leur confiance dans le rôle de triage. A noter que les infirmiers débutants se focalisent essentiellement sur les paramètres vitaux pour trier les patients, à l'inverse les infirmiers expérimentés évoquent avant tout la clinique et les données chiffrées viennent uniquement confirmer ou non leur hypothèse à la fin du processus de triage : IOA 1 page 3 lignes 98-100 : « *il y a le troisième regard qui arrive avec l'arrivée des*

paramètres vitaux qui vont confirmer, infirmer ou aller dans le sens de ce qu'on pense », lignes 116-117 *« un regard et la machine va confirmer... et pour moi la clinique c'est ce qu'il a de plus important... »*.

4.2 COLLABORATION PLURIPROFESSIONNELLE

➤ INTERACTIONS, COMMUNICATIONS ET TRANSMISSIONS

La collaboration avec les médecins des zones de soins, les MAO et les aides-soignants est essentielle au processus de triage : IOA 5 page 30 lignes 223-227 *« C'est assez fluide. On a la chance d'avoir une équipe pluridisciplinaire ... ouverte à tous et qui prend en compte les avis de tous... »*, IOA 9 page 59 lignes 240-244 *« ...mon AS du coup, qui est avec moi, c'est ce que je dis, l'œil clinique, je leur fais pour la plupart confiance. Quand j'ai un doute, j'ai mon MAO ou en tout cas mes médecins de garde et après pareil j'ai des collègues souvent à côté, on a toujours un binôme. Donc, quand c'est comme ça, j'ai un doute, je demande de l'aide pour confirmer mes hypothèses »*. La nécessité d'une communication efficace entre les différentes équipes de soins est soulignée, notamment en ce qui concerne les informations cruciales pour le triage et l'orientation des patients. Des défis liés à la communication et à la transmission d'informations ont été identifiés, ce qui peut parfois affecter la prise en soins des patients : IOA 1 page 7 lignes 280-291 *« C'est la personne qui a vu à T zéro qui a des informations, que le contre trieur n'a pas, n'a pas eu le contexte, il n'a pas eu les témoins, il n'a pas eu la personne arrivée à T zéro. Parce que maintenant, il voit une personne qui a été aseptisé à l'entrée des soins. Elle a été déshabillée, ses effets personnels ont été mis dans un sac, elle a installé dans un brancard. C'est plus la même personne que celle qui est arrivée à l'hôpital c'est comme le préhospitalier et l'hospitalier. En préhospitalier il y a l'environnement qui est là, il y a le situationnel, le circonstanciel qu'on n'a plus quand il arrive à l'Hôpital tout ça, c'est perdu. Le patient, il a été pollué par la prise en charge hospitalière... »*, IOA 10 page 63 lignes 78-84 *« certains médecins, ils vont refuser de les prendre au niveau de la trauma ... ils vont vouloir les mettre directement en médico-chir et parfois... c'est l'inverse ils ne veulent pas, ils se rejettent la balle, quoi ! C'est vraiment ça qui pose vraiment difficulté par moment... c'est de s'adapter constamment aux médecins surtout au tout début...maintenant je commence à les connaître... à me dire c'est tel médecin donc je vais plutôt le mettre en trauma d'abord... au début c'est compliqué... »*. L'analyse de l'interaction entre les IOA et les autres professionnels de santé met en lumière l'importance de la communication et de la coordination pour garantir une prise en soin efficace et sécurisée des patients aux urgences. Les défis identifiés soulignent la

nécessité de la transmission d'informations, d'une communication claire, concise et transparente pour assurer la sécurité et la qualité des soins aux patients de l'accueil vers les zones de soins sans perte d'information.

➤ GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES

Une collaboration pluriprofessionnelle positive peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins et la rapidité du processus de triage. Cependant, des améliorations sont nécessaires pour optimiser cette collaboration. La majorité des IOA reprochent à certains médecins une mise en défaut de leur triage, de leur évaluation et de leur orientation : IOA 1 page 6 lignes 264-270 « *qu'on arrête de systématiquement mettre en doute ce que l'IOA a pressenti, je m'explique...(silence) dans le comment dire, la prescience professionnelle, cette espèce de sixième sens, que les experts, dans les soins ont, où on ne sait pas pourquoi, on le sent pas, quand un IOA ou une IOA dit à un médecin, lui, je sens pas, il y a un truc qui va pas. Euh...en attendant justement d'avoir toutes les informations qui tombent derrière, il y a toujours, il y a très, très régulièrement, un contre triage qui se fait* », page 7 lignes 292-301 « *le ressenti, le pressenti, le ressenti, l'expérience du... de ce qu'a capté l'IOA qui a trié ce patient, est remis systématiquement, bah... pas systématiquement...est remis en question par certaines personnes avant même d'avoir été voir par le patient, simplement en regardant sur la page de l'ordinateur... il a rien à faire, chez-moi ce monsieur, c'est de la traumato ! Bah si, c'est un malaise et ça, c'est une perte de chance pour moi, c'est une perte de chance pour le patient, c'est une perte de temps parce qu'on les voyage, c'est une perte de confiance pour le patient parce qu'on l'a mis un endroit pour le déplacer à un autre... puis après pour finir à un autre parce que la 1ère idée était la bonne... Et puis, après, derrière, on crée un climat de tension parce qu'il y a, il y a, un climat de non confiance* ». L'impact positif d'une collaboration pluriprofessionnelle efficace sur le processus de triage et la prise en soins des patients met en évidence l'importance de renforcer les relations médecin / IOA et de promouvoir une culture de collaboration, de soutien et de confiance au sein des équipes de soins des urgences : IOA 7 page 43 lignes 228-231 « *je pense qu'il faut nous faire davantage confiance, je pense...parce que des fois il y a rien de particulier sur le papier, les constantes...tout ça...ça va... mais des fois, si on sent pas le malade, c'est qu'il y a une raison. Il faudrait faire plus confiance à l'IOA et uniformiser vraiment toutes les pratiques...* ». Comme décrit dans le cadre théorique, le triage de l'IOA doit être sacralisé et il ne doit pas être remis en question sauf dans un but pédagogique lors d'un staff dédié.

4.3 RAISONNEMENT CLINIQUE

➤ INFLUENCE DE L'EXPERIENCE ET DES FORMATIONS

L'expérience des infirmiers semble jouer un rôle crucial dans leur raisonnement clinique : IOA 1 page 2 lignes 85-87 « *c'est l'expérience qui permet...d'avoir tous les prototypes qui vont permettre justement... d'avoir cette petite voix qui fait : Ah celui-là, il est grave !* », IOA 2 page 9 lignes 85-87 « *on a plus l'esprit clinique avec l'expérience au fil des années, on voit tout de suite quand un patient est grave, on sait plus vite le trier ... avec le ressenti et l'expérience...* », IOA 6 page 33 lignes 126-130 « *Personnellement, il m'a fallu quand même plusieurs années ...il faut d'abord développer son sens clinique dans les secteurs... c'est là où on voit les critères de gravité, et puis les prises en charge patients qui sont différentes, et c'est ce qui nous permet d'acquérir tout ça. Mais il faut d'abord avoir vu pas mal de patients et de pathologies...* », mais il est également souligné que les formations supplémentaires sont nécessaires pour renforcer leurs compétences et leur confiance dans le processus de triage : IOA 5 page 30 lignes 250-252 « *c'est sûr qu'en tant que nouvel infirmier ...d'accueil il faut aussi avoir un bagage théorique et cognitif conséquent* », IOA 10 page 64 lignes 134-137 « *J'ai besoin d'être rassuré avec l'expérience de mes collègues un peu plus anciens sur mes hypothèses... surtout que j'ai été mise un peu comme ça à l'accueil, un week-end où il manquait quelqu'un...j'avais à peine 1 an d'expérience aux urgences à ce moment-là* ». L'analyse de l'influence de l'expérience et des formations sur le raisonnement clinique des IOA met en évidence la nécessité d'un équilibre entre l'expérience pratique et les connaissances théoriques pour garantir une prise de décision sûre et efficace. Il est essentiel d'accompagner les infirmiers débutants et de favoriser le partage d'expérience avec les professionnels experts.

➤ FACTEURS INFLUENCANT LE JUGEMENT CLINIQUE

La première impression, les expériences antérieures peuvent influencer le jugement clinique des infirmiers lors du triage des patients : IOA 5 page 28 lignes 140-142 : « *...il faut être pris pour être appris et après ... on le garde en-tête. Forcément, on se dit : la dernière fois, je suis passé à côté de ça...donc je fais attention...* ». Le raisonnement clinique peut être biaisé par des distorsions cognitives induites par certaines typologies de patients : IOA 4 page 21-22 lignes 126-135 « *le patient psychiatrique... des patients alcoolisés...où on va se focaliser sur ça... ça va altérer aussi le jugement...Les patients grabataires, parfois, on a du mal à recueillir les informations donc... Ça peut aussi altérer notre jugement...la perception qu'on a du patient...* », IOA 10 page 63 lignes 115-119 « *les personnes qui viennent souvent, parfois, on va*

dire... il va venir pour ça, alors que parfois, c'est pas du tout ça... Un peu de banalisation sur des patients récurrents... », IOA 5 page 28 ligne 154 « *...on peut vite les mettre dans les cases... »*, IOA 7 page 41 lignes 145-146 « *on influence carrément notre recueil de données et notre orientation en fonction du type de patient... »* et par d'autres professionnels interagissant avec l'IOA en ZAO comme les ambulanciers et les sapeurs-pompiers : IOA 2 page 9 lignes 93-96 « *C'est les patients qui sont étiquetés OH ou étiquetés psy. C'est vrai que, peut-être qu'on a tendance à pas aller euh... très loin dans l'interrogatoire du malade et on se fie juste aux transmissions des ambulanciers... »*, IOA 3 page 16 lignes 138-141 « *L'interrogatoire est difficile, la clinique ne peut pas être la même d'un patient alcoolisé, d'un patient sobre... aussi, je pense, les patients atteint de démence sénile. Compliqué aussi pour l'orientation ! Alors, on se base, on fait confiance aux ambulanciers, aux pompiers »* or ils peuvent induire à défaut le raisonnement clinique de l'IOA. L'identification des facteurs influençant le jugement clinique par les IOA, tels que la première impression ou les raccourcis cognitifs, souligne l'importance de la réflexion critique et de la remise en question des hypothèses pour éviter les biais cognitifs et les erreurs de jugement. La transmission des expériences vécues dans ce sens par les IOA expérimentés grâce au mentorat permettrait de faire prendre conscience aux collègues débutants des risques d'un jugement clinique trop hâtif.

➤ BESOINS DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES CLINIQUES

Les participants expriment le besoin d'améliorer leurs compétences cliniques, notamment en ce qui concerne l'examen physique et l'interprétation des signes vitaux pour optimiser le processus de triage et la prise en soins des patients : IOA 2 page 12 lignes 198-205 « *Avoir des formations ...essayer de nous faire travailler sur l'examen clinique, parce qu'au final, on travaille pas, on travaille sur la clinique, mais au loin, on ne nous apprend pas à ausculter un malade à l'accueil, le palper...c'est un malade, il faut le toucher... »*. Les IOA sont convaincus de l'importance d'observer les patients et de les toucher : IOA 1 page 3 ligne 129-131 « *je vais toucher pour confirmer ce que je pense, que je sens, ce que je crains et parfois on fait des découvertes rien qu'en touchant quoi ! »*. Le processus de triage décrit par la SFMU est respecté, par contre, l'examen physique n'est pas réalisé car les IOA pensent qu'il n'est pas de leur ressort : IOA 6 page 35 ligne 180 « *Après c'est un examen plus médical... »* pourtant ils s'accordent à dire que cela permettrait de développer leur raisonnement clinique et de détecter des signes de gravité dès l'accueil : IOA 4 page 24 lignes 233-235 « *l'examen auprès du patient... on n'a pas du tout appris à faire, et c'est vrai que ça peut quand même orienter la chose »*. Il est nécessaire d'investir dans des programmes de formation pour développer cette

compétence chez les IOA qui fait partie intégrante du processus de triage selon la SFMU : IOA 1 page 5 ligne 223-225 : « *La formation... le mot clé...L'entraînement, simulation... la simulation n'est pas faite pour apprendre, elle est faite pour s'entraîner... la formation, surtout une solide formation et une solide formation basée sur l'observation clinique* », IOA 5 pages 29-30 lignes 182, 244-245 « *La formation, le manque de formation, on n'a pas de formation... La simulation, ça pourrait aider, après la mise en pratique, beaucoup... le fait de s'entraîner, la mise en pratique des cas réels, des cas concrets...* », IOA 3 page 18 lignes 222-224 : « *remettre à jour régulièrement les connaissances des IOA... sur une formation continue dans le service ... ce serait une plus-value...* ». L'examen physique du patient n'étant pas réservé au corps médical, une formation complémentaire axée sur l'observation et la réalisation d'examens physiques ciblés est nécessaire pour détecter les signes de gravité. De plus, la conception des locaux serait également un frein d'après les infirmiers les empêchant d'être au contact du patient : IOA 2 page 10 lignes 115-116 « *je pense qu'on ne les regarde pas assez, les patients à l'accueil. On est surtout derrière l'ordinateur...on est un peu loin...* ».

4.4 AMENAGEMENT DES LOCAUX

➤ INFLUENCE DE L'AMENAGEMENT DES LOCAUX SUR LE PROCESSUS DE TRIAGE

Les IOA évoquent que la conception actuelle des locaux est un frein au raisonnement clinique, ils sont éloignés du patient, positionnés sur un bureau haut derrière leur écran d'ordinateur et dans un coin de la pièce. La disposition du poste de travail ne leur permet pas d'être à proximité du patient, de pouvoir éventuellement réaliser un examen physique et d'établir une relation de confiance : IOA 8 page 50 lignes 169-178 « *...on est coincé au fond d'un mur sans porte de sortie, on est obligé de repasser devant le patient pour ressortir du box, et c'est vrai qu'on n'a pas de visu sur les gens en salle d'attente ... c'est compliqué...ça entrave un peu le processus de triage...Et moi, je me sens coincée derrière mon bureau, j'ai pas de place pour lire les documents ou les dossiers que les gens peuvent apporter et... je suis cachée derrière mon ordinateur. Je ne vois pas vraiment mon patient* », IOA 4 page 23 lignes 178-181 « *on a tendance à rester sur le bureau...il n'est pas forcément adapté... pas à proximité des patients... éloigné...on est assez statique derrière ce bureau...* ». La notion de sécurité est abordée pour le personnel soignant : IOA 2 page lignes 134-138 « *... ça peut arriver aussi des patients agressifs qui tentent de nous nuire...par souci de sécurité, c'est vrai que, au niveau architecture, ça serait peut-être mieux de mettre le bureau à côté de la porte d'entrée et après, c'est vrai que on pourrait aussi être plus près du patient et avoir un contact physique plus facile* » mais

également la sécurité des patients en salle d'attente : IOA 9 page 58 lignes 222-224 : « *avoir une vue... sur nos patients qui attendent...pour pouvoir prendre en charge les urgences vitales, ou en tout cas ceux qui nous paraissent le moins stable en priorité* ». De plus, j'ai été interpellé par le ressenti des IOA par rapport à leur positionnement dans le box d'accueil et à l'éloignement physique du patient : IOA 7 page 41 lignes 175-176 « *...se lever de son PC, de s'incruster dans la prise en charge de l'aide-soignant, de trouver sa place...* », page 42 lignes 181-184 « *il y a trop une barrière entre notre patient et nous. Il y a un PC entre nous. Ils ne nous voient pas, on est dans le fond de la pièce. Eux, ils sont là devant nous, en blouse ou tout nu... je trouve qu'il y a un fossé entre nous et le patient au niveau de l'architecture* ». L'aspect architectural des espaces de travail doit être repensé pour favoriser le développement du raisonnement clinique des infirmiers en les rapprochant davantage des patients.

➤ BESOINS EN EQUIPEMENT SPECIFIQUE POUR FACILITER LE TRAVAIL DES IOA ET SUGGESTIONS

Les infirmiers sont unanimes pour signaler une défaillance concernant la surveillance des patients dans la salle d'attente, actuellement il n'y a aucun visuel permettant aux IOA de détecter une admission présentant une détresse vitale ou une dégradation de son état : IOA 10 page 65 lignes 192-193 « *une caméra... juste avoir un visu sur la salle d'attente* ». Le flux des patients est incessant au SAU de Valenciennes, le tri des patients est continu et l'IOA n'a pas toujours la possibilité de sortir de son bureau pour voir les patients en ZAO : IOA 6 page 36 lignes 254-256 « *On arrête pas ! Sur un poste, on arrête pas une seconde de prendre en charge nos patients...il y a tout le temps des patients en continu...* ».

Les infirmières suggèrent quelques transformations leur permettant de se rapprocher physiquement du patient : IOA 7 page 42 lignes 190-195 « *être mis... à-côté et pas en face, derrière un bureau... que... le PC... soit plus bas. Qu'on puisse vraiment être au même niveau que le patient...et peut être... quand on a un MAO... il met des mots dans le dossier, il ausculte...qu' il puisse peut-être lui faire un peu plus d'ordinateur, pour que nous, on soit un peu plus avec le patient, à techniquer et à toucher le malade* », lignes 196-198 « *réagencer les locaux d'accueil ça permettrait peut-être d'optimiser le raisonnement clinique des infirmiers, d'être en tous les cas plus au contact du patient dans les boxs actuels* », et de sécuriser les soignants : IOA 9 page 57 lignes 178-182 : « *réaménager le box, le fait qu'on soit moins en danger, dans le sens où on a une facilité de sortir du box. Parce qu'on a quand même des patients... qui sont plus ou moins violents... ça n'empêche qu'on peut ressentir justement un danger pour nous même et le patient, il est devant la porte* », IOA 2 page 10 ligne 130 « *Faudrait que le bureau*

soit vraiment à l'entrée, au niveau de la porte ». Un renfort soignant supplémentaire pourrait être formalisé à l'accueil lors des pics de flux pouvant faire office d'infirmier « First Look » afin d'amorcer un premier tri : IOA 10 page 60 lignes 266-271 : « qu'il soit à l'accueil et qu'il puisse déjà donner, guider la priorité. ...ça permettrait déjà de faire un peu le ménage...d'avoir un premier regard clinique et peut être d'avoir aussi moins d'attente ...pour les patients, pour garder toutes les chances pour eux », IOA 6 page 36 lignes 243-247 « mettre un agent qui serve de first look et qui du coup tri... tri déjà les patients à leur arrivée, par le degré de gravité ...ça arrive que des fois ! ...il y a des surprises... ce serait sécurisant, dans la prise en charge, d'avoir vraiment un infirmier d'accueil qui jetterait un premier coup d'œil aux patients entrant ».

4.5 PARCOURS DE SOINS

➤ IMPACT DES PARCOURS DE SOINS SUR LE TRIAGE

Une problématique organisationnelle est abordée par les IOA interviewés, ils considèrent que l'orientation des patients est médecin-dépendant, les pratiques ne sont pas uniformisées. Ils émettent l'hypothèse de revoir les circuits des patients aux urgences en fonction des motifs d'admissions et ils souhaitent le respect des zones de soins par tous : IOA 7 page 39 lignes 74-75 « *je ne suis pas forcément d'accord avec le fait d'avoir un secteur traumatologie et un secteur médico...* », lignes 86-88 « *je trouve qu'on cafouille un peu, des fois avec ça... entre ce qu'on aimerait pour le patient et ce qu'on doit faire dans l'organisation actuelle du service...* », page 40 lignes 111-113 « *faire un secteur valide et un secteur non valide peut-être que ça apaisera aussi...les tensions avec les médecins qui... ne sont pas d'accord entre eux ou avec les triages...* ». Les parcours de soins ont été mentionnés comme un axe d'amélioration par les infirmiers. Les IOA interrogés ont souligné que la mise en place de parcours de soins standardisés, tels que ceux pour l'AVC, pourraient faciliter le triage et le raisonnement clinique, surtout pour les infirmiers débutants : IOA 7 page 43 lignes 265-273 « *par exemple, pour les protocoles AVC, on fait tous la même chose, on fait tous exactement la même chose...c'est un protocole comme ça. On sait que ça rentre dans telle et telle case, on sait qu'il va falloir faire ça, parce qu'il y aura ça derrière. On a vraiment un visu de ce qui va se passer pour le malade donc... forcément, tout le monde est carré là-dessus ...Donc je pense que ça peut aider, oui carrément...Les chemins cliniques pour le patient fragile, dont la personne âgée qui est considérée comme le patient fragile. Ça, pourrait aussi faire partie d'un projet...* ». Ils sont plusieurs à avoir indiqué que ces parcours pourraient offrir des directives claires sur la manière

de gérer certains types de patients, réduisant ainsi les erreurs en améliorant la prise en soin globale.

➤ UTILISATION DES PROTOCOLES CLINIQUES

Les infirmiers plus expérimentés déplorent un manque de confiance et une faible autonomie dans l'anticipation de la prise en soins des patients dès la ZAO : IOA 1 page 6 lignes 243-245 « *des protocoles pour avoir plus de... on nous bassine en disant : pas besoin de protocole, parce que vous avez un MAO. Le MAO, c'est de 9h à 18h30...* », lignes 252-257 « *Par exemple aussi la prescription de radiologie, qui permet de gagner un temps pour la traumatologie. Quand on est en dehors de la période présence d'un MAO ...il faut se battre ... pour avoir un avis médical, pour avoir un coup de stétho, pour avoir une prescription sur une prise en charge de la douleur. On est au 21ème siècle...* », IOA 7 page 43 lignes 246-250 « *Peut-être établir des protocoles... anti-douleurs, radio, mais qu'on revoit toute l'organisation qu'on soit formé tous de la même façon, qu'on travaille tous de la même façon. Les protocoles de coopération...voilà... Antidouleur, antalgique et prescriptions de radio aussi, qui pourraient éventuellement améliorer le...* » ligne 255-259 « *d'éviter la perte de temps pour le malade, aussi un malade douloureux, s'il peut être identifié dès l'accueil et soulager dès l'accueil en attendant de voir le médecin, c'est quand même un plus, même pour les radios. C'est...quand même un plus pour l'évaluation après derrière par le médecin, après juste radio et antidouleur, antalgique...c'est déjà bien...* ».

4.6 SYNTHÈSE DES FREINS ET DES LEVIERS AU RAISONNEMENT CLINIQUE DES IOA

➤ FREINS

- Manque de formation théorique : plusieurs infirmiers ont mentionné un manque de formation théorique adéquate en triage, ce qui peut limiter leur capacité à évaluer efficacement les patients et à prendre des décisions cliniques appropriées.
- Expérience limitée : les participants ayant moins d'expérience aux urgences ont souligné que leur manque de pratique pouvait constituer un frein à leur raisonnement clinique, les rendant moins confiants dans leurs évaluations et leurs décisions.
- Complexité des cas : les situations cliniques complexes impliquant des signes cliniques contradictoires ou des motifs de consultation multiples ont été identifiées comme des freins. Elles rendent difficile la prise de décision claire et précise sur l'orientation.

- Communication avec les médecins : Certains infirmiers ont signalé des difficultés à communiquer efficacement avec les médecins pour clarifier l'orientation, ce qui peut entraîner des retards ou des erreurs dans la prise en soins. L'orientation des patients dans les différents secteurs n'est pas uniforme d'un praticien à l'autre, ce qui met l'IOA dans une posture délicate.

➤ LEVIERS

- Formation continue : tous les participants ont exprimé un intérêt pour la formation continue et le développement professionnel, soulignant que l'acquisition de connaissances supplémentaires et de compétences cliniques peuvent renforcer leur raisonnement clinique et leur confiance dans la prise de décision.
- Collaboration pluriprofessionnelle : l'interaction avec d'autres professionnels de santé, tels que les médecins et les aides-soignants, a été identifiée comme un levier au raisonnement clinique. Une communication efficace et une collaboration étroite peuvent faciliter la prise de décisions éclairées et la gestion des cas complexes.
- Expérience pratique : Malgré les défis liés à une expérience limitée, plusieurs infirmiers ont souligné que l'expérience pratique aux urgences peut servir de levier au raisonnement clinique, en leur permettant de développer des stratégies d'évaluation au fil du temps.
- Formation théorique : Certains participants ont exprimé un besoin de formation théorique plus approfondie en triage et en évaluation clinique. Une meilleure compréhension des concepts théoriques peut fournir aux infirmiers débutants les outils nécessaires pour aborder les cas complexes de manière plus systématique et réfléchie.

➤ PROPOSITIONS D' ACTIONS

- Renforcer la formation théorique et pratique sur le triage en particulier pour les infirmiers débutants et y intégrer les infirmiers expérimentés dans le cadre de la formation continue.
- Mettre en place des parcours de soins standardisés pour certain type de pathologies afin de guider le triage et le raisonnement clinique.
- L'implémentation d'outils comme les chemins cliniques spécifiques qui permettent de positionner un raisonnement clinique dans un parcours de soins en fonction des problèmes de santé, des pathologies, des critères de fragilité (patients fragiles, ERAS urgence...).
- Améliorer l'aménagement des locaux d'accueil, en installant des caméras pour avoir une vue sur la salle d'attente sans compromettre l'intimité des patients.

- Augmenter la collaboration avec les autres professionnels de santé, notamment en facilitant les échanges d'informations.
- Encourager l'utilisation de ressources humaines disponibles, tels que les collègues expérimentés, les MAO pour obtenir des conseils et des orientations lors du triage. Utilisation de l'IDE de renfort qui ferait fonction first-look lors de flux important à l'accueil. Un travail est à mener avec le logiciel d'intelligence artificielle pour prévoir les pics d'activités et adapter les ressources humaines dans les secteurs de soins.
- Proposer des formations spécifiques sur des compétences clés, comme l'interprétation des ECG, la réalisation d'un examen physique pour renforcer les connaissances cliniques des infirmiers.
- Explorer des solutions technologiques pour améliorer la communication et la transmission d'informations (simplification du formulaire de triage, utilisation d'une tablette portable rendant l'IOA mobile autour du patient), développer des protocoles de triage uniformisés pour l'ensemble des professionnels de santé. Réflexion à mener sur la place des protocoles de coopération.
- Considérer des ajustements physiques dans l'aménagement du bureau d'accueil, comme rapprocher le bureau à la hauteur du patient pour favoriser un contact visuel et physique permettant d'améliorer la communication et la relation.

Cette partie « analyse » met en lumière l'importance cruciale du développement du raisonnement clinique chez les IOA aux urgences et confirme l'hypothèse émise suite à l'étude du cadre théorique : La formation actuelle des Infirmiers Organiseurs de l'Accueil semble insuffisante pour favoriser le développement du raisonnement clinique et pour permettre à ces professionnels d'effectuer des examens physiques auprès des patients aux urgences afin d'améliorer le jugement clinique.

Cette compétence est essentielle pour garantir une prise en soins efficace des patients dans un environnement souvent chaotique et sous pression. Les professionnels interviewés soulignent que le raisonnement clinique permet aux infirmières de trier rapidement les patients, d'identifier les situations d'urgence et de prendre des décisions éclairées quant à la gestion des priorités. Face à ce défi, plusieurs leviers sont identifiés et répondent aux objectifs fixés. Pour rappel l'objectif principal de l'étude était d'identifier les freins et les leviers au raisonnement clinique chez les Infirmiers d'Orientation et d'Accueil aux urgences lors du triage en Zone d'Accueil et d'Orientation (ZAO) des patients. En parallèle un objectif opérationnel avait pour but de proposer des actions concrètes et adaptées visant à renforcer le raisonnement clinique de ces

professionnels, optimiser les procédures de triage afin d'améliorer la qualité globale des soins prodigués aux patients. L'analyse des verbatims a mis en lumière la formation continue des infirmières pour renforcer leurs compétences cliniques, l'instauration de protocoles de triage clairs et adaptés à la réalité des urgences ainsi que la mise en place de supports et outils facilitant la prise de décision rapide et efficace. En outre, la collaboration pluriprofessionnelle et la communication transparente sont également soulignées comme des éléments clés pour soutenir le développement du raisonnement clinique des infirmières dans ce contexte exigeant.

PARTIE 5 : DISCUSSION

Le raisonnement clinique, l'examen clinique, le jugement clinique des IOA jouent un rôle fondamental dans la prise de décisions rapides et précises aux urgences, influençant directement l'état de santé des patients. Jusqu'à récemment, ces mots faisaient peu partie du vocabulaire infirmier en France. L'analyse des entretiens a révélé que la plupart des infirmiers interrogés continuent de percevoir l'examen clinique comme relevant du domaine médical. Pourtant, la pratique clinique sous toutes ses formes est au cœur des compétences de l'IDE. Bien que l'intérêt pour la recherche sur le raisonnement clinique des infirmiers en France soit en augmentation, comme le souligne la SFMU dans son article sur l'examen clinique infirmier en tant qu'outil de l'IOA en 2013 [44], le nombre d'études dans le domaine spécifique de l'accueil aux urgences reste limité à ce jour.

➤ LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ETUDE :

L'étude rétrospective et l'audit des dossiers ont perturbé mon souhait initial de travailler sur l'implémentation d'un nouveau parcours de soins aux urgences : le protocole ERAS urgence. Ce premier projet m'avait séduite par la mise en place d'un travail collaboratif interpolaire permettant de développer les compétences des infirmiers avec d'autres professionnels experts et ainsi créer du lien entre nos différents services. Les résultats de l'étude rétrospective ne m'ont pas permis de continuer ce projet étant donné que des lacunes dans le raisonnement clinique des IOA ont été mis en évidence. Il me paraissait invraisemblable de travailler sur la formation des professionnels à un nouveau parcours de soins nécessitant un triage et un examen clinique performant dès l'accueil sans prendre en compte cette problématique prioritaire. J'ai de ce fait réorienté mon travail de recherche dans le but de comprendre ce phénomène et d'améliorer le raisonnement clinique chez les Infirmiers Organisateur de l'Accueil (IOA) aux urgences pour

réduire les erreurs de triage, améliorer la qualité des décisions initiales et le parcours de soins des patients. Cette étude m'a permis de faire un état des lieux et de mettre en évidence les freins et les leviers au raisonnement clinique des IOA. Des propositions d'actions ont été ciblées grâce aux entretiens semi-directifs réalisés auprès des IOA qui ont été ravis de participer à ce travail dans le but d'améliorer la qualité des soins et les conditions de travail. Il aurait été intéressant de travailler sur une étude multicentrique me permettant de réaliser des comparaisons en termes de formation, d'organisation, de processus de triage dans différents SAU afin de mettre en évidence une procédure optimale de triage et en parallèle de travailler sur le développement des compétences des IOA avec les équipes d'encadrements. Une enquête auprès des médecins pourrait être enrichissante afin de percevoir leurs difficultés et leurs attentes sur le sujet étant donné que la collaboration pluriprofessionnelle est un élément majeur qui a été décrit par les IOA comme un frein à l'heure actuelle.

➤ RETROSPECTION :

L'analyse des entretiens démontre clairement un écart entre les IOA débutants et les compétents en termes de formation à l'accueil et au poste d'IOA. Les entretiens ont permis de mettre en évidence une situation illogique, il s'avère que les IOA expérimentés utilisent la grille de tri comme une aide à la prise de décision reconnaissant sa plus-value à l'accueil, à l'inverse les IOA récemment formés évoquent une méconnaissance de cet outil et un triage des patients au *feeling* malgré leur manque d'expérience. A la lumière de ces premiers résultats, j'ai essayé de comprendre ce qui a entravé la poursuite du développement des compétences des infirmiers à l'accueil sur une période d'environ 4 ans. Le SAU de Valenciennes met pourtant un point d'honneur à former les nouveaux professionnels en développant un parcours d'intégration de six semaines dès leur arrivée. En réalisant une rétrospection, je me suis rendue compte que la pandémie COVID n'a pas épargné les organisations de travail. Une formation à la grille de triage FRENCH et une formation théorique étaient pourtant initiées. La crise sanitaire a mis un frein à ces différentes activités transversales étant donné le départ de nombreux soignants. Depuis plusieurs mois, la dynamique est relancée et des projets en perspectives sont déployés notamment avec un groupe de développement de compétences polaire qui propose des formations innovantes.

➤ BENEFICES D'UNE FORMATION IOA :

Le flux permanent des patients aux urgences, la charge en soins, l'informatisation des dossiers patients, l'organisation hospitalière actuelle ont contribué à un appauvrissement

intellectuel des professionnels de santé. Par la force des choses, les infirmiers sont actuellement dans l'exécution et la production de soins aux urgences. De plus, l'outil informatique a limité considérablement les échanges avec les médecins. Ce rythme effréné et le manque de communication avec le corps médical ne leur permet plus de développer de façon satisfaisante leur raisonnement clinique. Les IOA sont tous unanimes pour affirmer que le MAO est une plus-value lorsqu'ils ont un doute sur la clinique et l'orientation d'un patient mais ils déplorent les discordances et les divergences en fonction des praticiens. La formation initiale et continue semble être un levier considérable pour améliorer le raisonnement clinique infirmier mais également pour favoriser un épanouissement professionnel. En parallèle, l'intégration des médecins urgentistes à certains ateliers pédagogiques permettrait de favoriser la cohésion entre les IOA et les MAO et d'uniformiser les pratiques. En finalité, le métier du médecin sera facilité par des triages de qualité des patients aux portes des urgences. La notion de confiance des IOA en leurs propres capacités et aux yeux des autres professionnels sera ainsi améliorée.

➤ ZOOM SUR LA POPULATION D'ETUDE :

Ce travail de recherche a été conforté par le cadre théorique et par les nombreux échanges avec l'équipe d'encadrement, les cadres formateurs de l'IFMS, les équipes médicales et paramédicales au sein du CHV tout au long de mon cheminement et dans les différents terrains de stages que j'ai eu la chance de découvrir au sein de mon parcours de formation en tant qu'étudiante IPAU. Ces différents professionnels s'accordent pour évoquer que le raisonnement clinique est certes mis en avant dans la formation actuelle des étudiants infirmiers mais que son impact cognitif se développe grâce à l'expérience du terrain au contact des soignants expérimentés et surtout des patients. L'autre élément clé que le futur professionnel ou l'infirmier débutant doit prendre en compte est que sa professionnalisation et la gradation de ses connaissances se développera aussi par sa motivation et son travail personnel tout au long de sa carrière. Il faut être curieux et ambitieux pour développer son savoir, savoir-faire et savoir être. Une fois la formation professionnelle initiale terminée avec le diplôme d'état en poche, ces infirmiers débutants pourront s'appuyer sur les professionnels expérimentés dans la transmission des connaissances.

L'autre phénomène est la conception du milieu professionnel par les jeunes générations qui sont dans l'immédiateté, la mobilité mais aussi dans la reconnaissance et la participation à des projets [45]. Il faut donc adapter les méthodes de développement des connaissances et compétences à leurs attentes.

➤ PROPOSITION D'ACTION :

Une méthode pédagogique interactive développée au sein du CHV qui allie simulation, apports théoriques a été mise au point. Elle se nomme la méthode FLIRT, elle me semble parfaitement adaptée pour former les futurs IOA à leur rôle et missions. En quelques mots la méthode FLIRT est une Formation Ludique Innovante Réflexive et Transposable au terrain. Elle permet de favoriser le développement du raisonnement clinique grâce à la simulation autour de différents scénarios. Les modalités de cette formation ont un socle commun :

- Un temps d'accueil des apprenants avec un jeu bris de glace permettant la constitution des groupes et la cohésion (ex : jeu de société sur le triage des patients / grille de tri FRENCH)
- Un pré-test au regard des thématiques de la formation
- Des ateliers différents en lien avec les objectifs recherchés et le public visé
- Un briefing spécifique par atelier afin d'expliquer le déroulement et les consignes
- Un débriefing en groupe après chaque atelier permettra de valoriser et mobiliser les savoirs déjà acquis, la synthèse et les points clés seront co-construits par le groupe et les formateurs
- Un débriefing général en fin de session

Cette formation modulable permettra de former les IOA au raisonnement clinique sur les situations prévalentes à l'accueil des urgences mais également d'inclure des nouveaux chemins cliniques dans les scénarios (ex : sensibilisation aux différents parcours de soins identifiés tels que thrombolyse AVC, patients fragiles, chirurgie de la main). La participation des professionnels experts comme les IPAU, les IDE coordonnatrices lors de la construction de la formation et des débriefings contribueront à un apport théorique éclairé.

Cette réflexion a été menée dans un esprit collaboratif pluri professionnel par le biais de retours réguliers et d'échanges avec l'équipe d'encadrement. Ce travail de recherche et ses conclusions vont servir de socle pour la projection d'une formation IOA au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes avec la possibilité de l'ouvrir à d'autres établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Une réunion de présentation sur les conclusions de mon travail de recherche sera programmée afin de mettre en lumière les freins et les leviers dans le but d'améliorer la qualité des soins aux patients dès l'accueil et la qualité de vie professionnelle des soignants du service. Le trinôme de pôle, le médecin chef de service des urgences et ses adjoints seront conviés ainsi que le groupe accueil composé de médecins, d'infirmiers et d'aides-soignants. Une collaboration étroite avec le groupe accueil sera engagée pour un éventuel travail sur la réorganisation architecturale

possible de la ZAO ex : mobilité de l'IOA équipé(e) d'une tablette ou d'un PC mobile lui permettant d'être au plus près du patient / réinventer la fonction à mi-chemin entre first-look et IOA.

➤ LES CHEMINS CLINIQUES « RETOUR SUR ERAS URGENCE » :

Le protocole ERAS Urgence a été un catalyseur, le point de départ de cette recherche. Il s'avère que les chemins cliniques peuvent être un moyen d'identifier toutes les étapes, actions ou encore ressources nécessaires à la prise en soins des patients dès l'accueil aux urgences. Les IOA évoquent que ce type de processus permet de visualiser l'ensemble des étapes de prise en soins pour une pathologie ciblée (ex : AVC, chirurgie de la main, le patient fragile...). Cette schématisation sécurise les patients et les professionnels [46]. Pour reprendre l'exemple d'ERAS Urgence, les IOA pour un motif d'entrée donné comme la douleur abdominale, la constipation, les vomissements... devront de façon systématique chercher à recueillir par le biais de l'interrogatoire : l'histoire de la maladie, les signes cliniques évocateurs d'une urgence chirurgicale abdominale, les antécédents et les traitements ... en parallèle l'observation et l'examen physique du patient (la palpation abdominale) devront être réalisés par l'IOA afin de relever les signes de gravité et d'inclure le patient dans le protocole à bon escient. Les chemins cliniques en cours d'élaboration comme ERAS Urgence, le patient polytraumatisé... pourront être intégrés dans les scénarios de simulation lors de la formation des IOA. Le raisonnement clinique sera décortiqué et les schémas de pensées correctes seront validés. Des professionnels experts en fonction des domaines concernés pourront être invités afin de transmettre leurs connaissances au groupe. La méthodologie d'apprentissage rigoureuse induite par les chemins cliniques est un bon moyen de développer le raisonnement clinique des IOA.

➤ INTROSPECTION ET PROJECTION DE L'IPAU :

Ce travail de recherche n'a cessé de donner du sens à la formation d'infirmière en pratique avancée que j'ai entrepris il y a bientôt deux ans et aux apprentissages dont j'ai bénéficié durant ce cursus. J'ai découvert qu'il était de nouveau possible de prendre le temps avec les patients, de les écouter, de les toucher grâce à l'examen physique que l'IPA est habilitée à réaliser. J'ai donné un second souffle à ma profession en retrouvant une qualité dans la relation soignant / soigné et en performant mon raisonnement clinique. Je souhaite par le biais de ce travail de recherche partager les connaissances et compétences acquises durant ces deux années de formation. Mon but est d'aider au quotidien les équipes à améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients autour d'un projet innovant, collaboratif et pluriprofessionnel. En parallèle,

je souhaite apporter à mes collègues une plus grande sérénité dans l'accomplissement de leurs missions. Etant infirmière aux urgences depuis 18 ans, je connais parfaitement les contraintes liées à notre profession et les difficultés d'adaptation face à des patients de plus en plus nombreux. L'IPA grâce à son champ de compétences [47] incluant la pratique clinique, les parcours de soins, l'amélioration des pratiques et son engagement dans la recherche facilitera la liaison entre la pratique infirmière réelle et les besoins d'amélioration dans l'organisation des soins, favorisant ainsi la mise en place de démarches innovantes. Une collaboration pluriprofessionnelle avec l'encadrement, les médecins référents, la qualité polaire et le groupe de développement des compétences vise à améliorer la qualité des soins. L'IPAU est une personne ressource pour l'équipe soignante par sa pratique réflexive [48] : « réflexion dans l'action sur l'action ». Sa participation au développement des compétences par l'accompagnement permettra aux professionnels de devenir acteurs de leurs pratiques. Dans ce contexte, l'IPAU aura un rôle à jouer dans la co-construction et l'organisation de la formation avec les pilotes du groupe développement de compétences polaire en tant que professionnel expert de l'urgence et en tant que praticien réflexif en cherchant à résoudre des problématiques par la recherche. Ses missions seront d'apporter un contenu pertinent pour l'élaboration des scénarios de simulation et de mener une réflexion sur l'optimisation des conditions de travail en facilitant l'accès aux outils.

➤ **AXES DES TRAVAIL ET MISE EN OPERATIONNALITE :**

L'analyse a permis de mettre en évidence différents axes de travail :

Axe n°1 : Développer le raisonnement clinique des IOA et l'examen clinique des patients à l'accueil

- La formation des IOA au raisonnement clinique est une priorité
- L'introduction des parcours de soins et des chemins cliniques spécifiques
- Réflexion sur la mise en place des protocoles de coopération (ex : antalgie)

Axe n°2 : Appréhender la grille de tri FRENCH

- Le prérequis à la formation accueil pourrait-être la connaissance de la grille de tri FRENCH (réflexion sur l'élaboration d'outils permettant un accès rapide à l'information car les jeunes générations ne souhaite plus apprendre par cœur)
- Réflexion avec l'équipe d'encadrement et le service informatique pour l'intégration automatique du niveau de tri dans les formulaires IOA en fonction des éléments renseignés (signes cliniques, paramètres vitaux...)

Axe n°3 : La Collaboration MAO/IOA

- L'uniformisation des pratiques sur l'orientation des patients / la collaboration et la cohésion IOA/MAO

Axe n°4 : L'architecture des locaux

En lien avec le groupe de travail accueil :

- Réorganisation architecturale de la ZAO (mobilité de l'IOA, proximité avec les patients)
- Réflexion sur une simplification du formulaire de triage dans le DPI en collaboration avec le service informatique

Des objectifs sont formulés afin de mettre en opérationnalité ce travail de recherche :

- **A court terme** : Présenter les résultats de mon travail de recherche à l'encadrement médical et paramédical des Urgences. Réaliser une enquête auprès des médecins urgentistes dans le but de les intégrer à la formation FLIRT avec l'équipe paramédicale renforçant ainsi collaboration pluriprofessionnelle et l'harmonisation des pratiques. Proposer au groupe accueil un travail sur la réorganisation architecturale et organisationnelle de la ZAO.
- **A moyen terme** : Co-construction de la formation FLIRT avec les pilotes du groupe développement de compétences polaire. Réflexion sur les scénarios proposés en priorisant les besoins (grille de triage, examen physique des patients, intégration des parcours de soin lors des scénarios de simulation).
- **A long terme** : Evaluation de la formation sur le terrain. Intégrer la formation dans le parcours de développement des compétences des IDE qui intègrent le service des urgences en amont de leur intégration à l'accueil, ouverture de la formation aux soignants du GHT.

➤ PERSPECTIVES :

Une projection pour des recherches futures est envisagée :

- Mener une enquête auprès des médecins urgentistes du service afin de découvrir leur vision sur les freins, les leviers et les besoins en ce qui concerne le tri des patients à l'accueil.
- Réaliser un nouvel audit des formulaires de triage des IOA afin de comparer le raisonnement clinique des professionnels après leur participation à une formation adaptée.

- En parallèle, réaliser une observation non participative des IOA en ZAO afin de constater si les examens physiques des patients sont effectués plus fréquemment.
- Afin de comparer les résultats recueillis lors de l'étude rétrospective des dossiers patients opérés d'une chirurgie viscérale en urgence, j'aimerais réaliser une étude comparative après la mise en place du protocole ERAS aux urgences, évaluant l'amélioration du délai de prise en charge, la mise en place de l'antalgie, de l'antibiothérapie et de l'hydratation IV aux urgences. Et pourquoi pas collaborer en interpolaire avec les professionnels experts (IDE coordinatrice ERAS) pour étudier la réduction des complications post-opératoires et la diminution des ré hospitalisations, fournissant des indicateurs concrets de l'impact positif du nouveau parcours de soins aux urgences.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'analyse des entretiens a permis de mettre en lumière plusieurs éléments essentiels concernant la qualité de la prise en soins des patients aux urgences et le développement des compétences des infirmiers organisateurs de l'accueil. Les témoignages recueillis ont souligné les défis auxquels sont confrontés les professionnels de santé, notamment en ce qui concerne le raisonnement clinique et le triage des patients.

Il est apparu clairement que les infirmiers interrogés identifient un besoin crucial de formation adaptée et innovante pour améliorer leurs compétences dans le processus de triage. De plus, ils ont souligné l'importance de disposer de ressources et d'outils appropriés pour faciliter leur travail ainsi que la nécessité d'une meilleure collaboration pluriprofessionnelle aux urgences.

Ce travail de recherche met en évidence l'urgence d'agir pour renforcer le raisonnement clinique des infirmiers aux urgences et pour mettre en place des parcours de soins optimisés, tels que le protocole ERAS urgence, afin d'assurer une prise en charge de qualité aux patients. Le parcours de soins est une nécessité dans nos organisations de soins pour des patients de plus en plus complexes (polypathologiques) et de plus en plus âgés. La prise en soins doit être pluriprofessionnelle et collaborative... c'est la fin du fonctionnement de la santé en tuyaux d'orgue où un seul problème est traité sans se soucier des autres. Le parcours de soins permet d'optimiser la qualité, la sécurité des soins et la collaboration pluriprofessionnelle autour du patient. L'accompagnement se doit être global et holistique en intégrant les dimensions bio-psycho-sociales, émotionnelles et de prévention. Pour se faire, il est indispensable de développer le raisonnement clinique des équipes soignantes afin d'intégrer les patients dans des filières de soins adaptées dès l'accueil. De plus, durant ma formation, j'ai souvent entendu que l'IPA est une infirmière de parcours, effectivement elle sera une clé de voûte permettant de faire du lien autour du patient grâce à ses compétences.

En conclusion, cette étude souligne l'importance de développer des programmes de formation adaptés aux besoins spécifiques des professionnels de santé travaillant dans ce contexte exigeant. Enfin, elle invite à poursuivre les efforts visant à améliorer les conditions de travail et la collaboration pluriprofessionnelle aux urgences, dans le but ultime d'optimiser les résultats cliniques pour les patients. La finalité de ce mémoire est de proposer une méthodologie de

travail permettant l'étude des pratiques professionnelles et l'analyse des freins et leviers au raisonnement clinique afin d'intégrer un nouveau parcours de soins en prenant en compte les organisations de travail existantes et en proposant des améliorations afin d'harmoniser les deux.

Le fruit de ce travail et les valeurs mobilisées peuvent-être résumés en un proverbe Africain :

« Seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin. »

« Alone, we go faster. Together, we go further. »

« Une des conditions de la réussite de l'intelligence collective dans le but de développer les pratiques collaboratives réside dans le partage des compétences et leur mutualisation au service d'un groupe » (Bourgeois, 2023) [49].

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Peden, C. J., Aggarwal, G., Aitken, R. J., et al. (2021). Lignes directrices pour les soins périopératoires en cas de laparotomie d'urgence, récupération améliorée après chirurgie (ERAS) Recommandations de la société : Partie 1 – Préopératoire : diagnostic, évaluation rapide et optimisation. *World Journal of Surgery*, 45, 1272-1290. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00268-021-05994-9>
- [2] Lee, K. C., Sturgeon, D., Lipsitz, S., et al. (2020). Mortality and health care utilization among Medicare patients undergoing emergency general surgery vs those with acute medical conditions. *JAMA Surgery*, 155, 216-223.
- [3] Saunders, D. I., Murray, D., Pichel, A. C., et al. (2012). Variations in mortality after emergency laparotomy : the first report of the UK Emergency Laparotomy Network. *British Journal of Anaesthesia*, 109, 368-375.
- [4] Havens, J. M., Peetz, A. B., Do, W. S., et al. (2015). The excess morbidity and mortality of emergency general surgery. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78, 306-311.
- [5] Columbus, A. B., Morris, M. A., Lilley, E. J., et al. (2018). Critical differences between elective and emergency surgery: identifying domains for quality improvement in emergency general surgery. *Surgery*, 163, 832-838.
- [6] Ingraham, A. M., Cohen, M. E., Bilimoria, K. Y., et al. (2010). Comparison of hospital performance in nonemergency versus emergency colorectal operations at 142 hospitals. *Journal of the American College of Surgeons*, 210, 155-165.
- [7] Ingraham, A. M., Ayturk, M. D., Kiefe, C. I., & Santry, H. P. (2019). Adherence to 20 emergency general surgery best practices : results of a national survey. *Annals of Surgery*, 270, 270-280.
- [8] Daniel, V. T., Ingraham, A. M., Khubchandani, J. A., et al. (2019). Variations in the delivery of emergency general surgery care in the era of acute care surgery. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45, 14-23.
- [9] Oliver, C. M., Bassett, M. G., Poulton, T. E., et al. (2018). Organisational factors and mortality after an emergency laparotomy: multilevel analysis of 39,903 National Emergency Laparotomy Audit patients. *British Journal of Anaesthesia*, 121, 1346-1356.
- [10] Symons, N. R. A., Moorthy, K., Vincent, C. A., & London Surgical Research Group. (2016). Reliability in the process of care during emergency general surgical admission : a prospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 32, 143-149.
- [11] Ingraham, A. M., Cohen, M. E., Raval, M. V., et al. (2011). Variation in quality of care after emergency general surgery procedures in the elderly. *Journal of the American College of Surgeons*, 212, 1039-1048.

- [12] Huddart, S., Peden, C. J., Swart, M., et al. (2015). Use of a pathway quality improvement care bundle to reduce mortality after emergency laparotomy. *British Journal of Surgery*, 102, 57-66.
- [13] Lohsiriwat, V. (2014). Enhanced recovery after surgery vs conventional care in emergency colorectal surgery. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 13950-13955.
- [14] Møller, M. H., Adamsen, S., Thomsen, R. W., et al. (2011). Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation. *British Journal of Surgery*, 98, 802-810.
- [15] Wisely, J. C., & Barclay, K. L. (2016). Effects of an enhanced recovery after surgery programme on emergency surgical patients. *ANZ Journal of Surgery*, 86, 883-888.
- [16] Aggarwal, G., Peden, C. J., Mohammed, M. A., et al. (2019). Evaluation of the collaborative use of an evidence-based care bundle in emergency laparotomy. *JAMA Surgery*, 154, e190145.
- [17] Gonenc, M., Dural, A. C., Celik, F., et al. (2014). Enhanced postoperative recovery pathways in emergency surgery : a randomised controlled clinical trial. *American Journal of Surgery*, 207, 807-814.
- [18] Tengberg, L. T., Bay-Nielsen, M., Bisgaard, T., et al. (2017). Multidisciplinary perioperative protocol in patients undergoing acute high-risk abdominal surgery. *British Journal of Surgery*, 104, 463-471.
- [19] Peden, C., & Scott, M. J. (2015). Anesthesia for emergency abdominal surgery. *Anesthesiology Clinics*, 33, 209-221.
- [20] HAS. (2003). Service évaluation des pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : réalisation de l'audit clinique. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient-fascicule_2_realisation_pratique_de_l'audit_clinique-2003.pdf
- [21] Société Française de Médecine d'Urgence, Commission Soins et Urgence, sous la supervision de Maillard-Acker, C., Infirmier Organisateur de l'accueil IOA. (2020). Référentiel 2020 (Révision du référentiel 2004). SFMU/CSU Réf IOA 2020.
- [22] Choquet, C. (2023). E-learning national IPA – tri infirmier. SFMU en association avec l'ANFIPA (Association Nationale Française des infirmier.e.s en Pratique Avancée) et le CNUMU (Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence).
- [23] Taboulet, P., Maillard-Acker, C., Ranchon, G., Goddet, S., Dufau, R., Vincent-Cassy, C., Yordanov, Y., El Khoury, C. (2019). Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par le Société française de médecine d'urgence : la French Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). *Ann. Fr. Urgence*, 9, 51-59. DOI : 10.3166/afmu-2018-0101.

- [24] Côté, S., St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en Soins Infirmiers*, 111, 13-21. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-4-page-13.htm>
- [25] Psiuk, T. (2022). Comment améliorer le parcours de soin grâce au raisonnement clinique ? Conférence ERON Santé. [Vidéo en ligne]. Disponible sur : <https://m.youtube.com/watch?v=Mn63wQAlgv4>
- [26] Psiuk, T. (2010). Du raisonnement clinique à la pratique infirmière. *Soins : La Revue de Référence Infirmière*, 742, Elsevier-Masson.
- [27] Psiuk, T. (2019). L'apprentissage du raisonnement clinique : Concepts fondamentaux – Contexte et processus d'apprentissage (2e éd.). De Boeck sup. ISBN : 978-2-8073-1485-6.
- [28] Pélabère, J. (2020). La négociation d'influence, chapitre 8. Biais cognitifs et influence. Pages 165-176. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-negociation-d-influence--9782100805952-page-165.htm>
- [29] Fabre, M., Wellas, E. (2006). Qu'est-ce que problématiser ? L'apport de John Dewey. *Situations de Formation et Problématisation*. Edition De Boeck, 15-30.
- [30] Dictionnaire Le Robert. [Internet]. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=inf%C3%A9rence>
- [31] Meier, O. (2020). Daniel Kahneman et les biais cognitifs. *RSE Magazine*. Disponible sur : https://www.rse-magazine.com/Daniel-Kahneman-et-les-biais-cognitifs_a3445.html
- [32] Manoogian III, J. Benson, B. (2016). Modèle Algorithmique et Modèle Organisationnel. Dans Wikipédia (Liste des Biais Cognitifs). Traduction en français par Moukheiber, A., Chammat, M. Disponible sur : https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Biais_cognitif
- [33] Ministère de la Santé et des Sports. (2012). Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf
- [34] Benner, P. (1995). *De Novice à Expert : Excellence en Soins Infirmiers*. Paris, Elsevier Masson 1995 : 252 pages.
- [35] Psiuk, T. (2013). Plan de soins types et chemin clinique. *Soins : La Revue de Référence Infirmière*, 772. DOI : 10.1016/j.soins.2012.04.008.
- [36] Ministère de la Santé. (2015). Instruction n° DGOS/R3/2015/22, 1er juillet 2015.
- [37] Haute Autorité de Santé. (2004). Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf

[38] Espace Infirmier.fr. Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière. Disponible sur : <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/positionnement-de-l-ipa-dans-la-filiere-infirmiere.html>

[39] Georges, A. (2018). La relation cadre de santé et infirmier de pratique avancée : la rencontre de la clinique et du management au service de la performance des soins. [Mémoire Cadre de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé de la Croix Rouge Française et du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.

[40] Psiuk, T. (2015). L'évolution du management vers une gouvernance clinique pour les cadres de santé. Soins : Rencontre Annuelle FHF des Cadres, 752, 55-57.

[41] Marquet, J., Van Campenhoudt, L., Quivy, R. (2022). Manuel de recherche en sciences sociales (6e éd.). Armand Colin. ISBN : 978-2-200-63395-0.

[42] Schlessler, J. C. (2020). La gestion par processus : outil pour le manager hospitalier. Cas d'un projet de regroupement hospitalier, 33-60. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-projectique-2020-HS-page-33.htm>

[43] Butori, R., Parguel, B. (2012). Les biais de réponse – Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *HAL Open Science*. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-00636228>

[44] Société Française de Médecine d'Urgence. Boursin, P., Maillard-Acker, C. (2013). L'examen clinique infirmier, un outil de l'IOA. 10 pages. Disponible sur : https://sfmu.org/upload/70_formation/02-eformation/02_congres/Urgences/urgences2023/donnees/pdf/118_Boursin.pdf

[45] Pichard, M. (2017). Nouvelle génération d'infirmiers : quels enjeux pour le cadre de santé ? Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme cadre de santé et du master économie sociale et solidaire santé et médico-social [en ligne]. Paris : Université Paris-Est Marne-La-Vallée. Disponible sur : <https://bibliothèque.ghu-paris.fr>

[46] Martin-Azur, L. (2023). Comprendre les différents parcours en santé. Hippocrate développement. Disponible sur : <https://hippocrate-developpement.fr/blog/comprendre-parcours-parcours-en-sante/?privacy=updated>

[47] Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée.

[48] Deoliveira, L. (2024). Analyse réflexive : La réflexivité et le pragmatisme. Lille : UFR3S, Université de Lille.

[49] Bourgeois, C. (2021). L'intelligence collective - Thésame. Thésame Tech & Innovation. Consulté le 27 Septembre 2023. Disponible sur : <https://www.thesame-innovation.com>.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....page 1

PARTIE 1 : INTRODUCTION.....page 3

1.1 CONTEXTE / CONSTAT.....page 3

1.2 ETUDE RETROSPECTIVE EXPLORATOIRE.....page 5

1.3 PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....page 7

1.4 CADRE THEORIQUE / CONCEPTUEL.....page 8

1.4.1 ZONE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION DES URGENCES.....page 8

1.4.1.1 L'INFIRMIER(E) D'ORIENTATION ET D'ACCUEIL.....page 9

1.4.1.2 LE TRI DES PATIENTS.....page 9

1.4.1.3 GRILLE DE TRI : FRENCH.....page 11

1.4.2 RAISONNEMENT CLINIQUE INFIRMIER(E).....page 12

1.4.2.1 LE PROCESSUS DE PRISE DE DECISION COGNITIVES : INFERENCES, HEURISTIQUES ET BIAIS COGNITIFS DANS LE RAISONNEMENT CLINIQUE.....page 16

1.4.2.2 LA FORMATION ACTUELLE DES IDE/IOA AU RAISONNEMENT CLINIQUE.....page 19

1.4.2.3 LE SAVOIR EXPERIENTIEL.....page 20

1.4.3 LES URGENCES AUJOURD'HUI : LES PARCOURS PATIENTS.....page 21

1.4.3.1 LE PARCOURS DE SOINS : LE CONCEPT DE FILIERE.....page 21

1.4.3.2 LES CHEMINS CLINIQUES : EXEMPLE D'ERAS URGENCE.....page 22

1.4.4 LA PLACE DE L'IPA DANS LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES IDE : UN ROLE COLLABORATIF.....page 23

1.4.4.1 IPA ET IDE.....page 23

1.4.4.1 IPA ET CADRE DE SANTE : LEADRSHIP CLINIQUE ET LEADERSHIP MANAGERIAL.....page 23

SYNTHESE DU CADRE THEORIQUE ET HYPOTHESE ET FORMULATION D'UNE HYPOTHESE.....page 24

<u>PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE</u>	page 25
2.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	page 26
2.2 CHOIX DE LA METHODE	page 26
2.2.1 <u>SERVICE IMPLIQUE : LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHV</u>	page 27
2.2.2 <u>POPULATION D'ETUDE / ECHANTILLONAGE</u>	page 28
2.2.3 <u>L'ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI-DIRECTIF</u>	page 28
2.2.3.1 LE GUIDE D'ENTRETIEN	page 29
2.2.3.2 COLLECTE DE DONNEES	page 29
2.2.3.3 MODE D'INFORMATION DES INTERVIEWES.....	page 30
2.2.3.4 NOMBRE DE SUJETS.....	page 30
2.2.3.5 LES BIAIS ANTICIPES.....	page 30
<u>PARTIE 3 : RESULTATS</u>	page 31
3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLONAGE.....	page 31
3.2 SYNTHESE DES RESULTATS	page 33
<u>PARTIE 4 : ANALYSE</u>	page 35
4.1 PROCESSUS DE TRIAGE ET D'ACCUEIL DES PATIENTS.....	page 35
➤ UTILISATION DES OUTILS DE TRIAGE.....	page 35
➤ FORMATION ET EXPERIENCE DES INFIRMIERS AU TRIAGE.....	page 36
➤ DEFIS RENCONTRES LORS DU TRIAGE.....	page 37
➤ BESOINS EN FORMATION SUPPLEMENTAIRE.....	page 38
4.2 COLLABORATION PLURIPROFESSIONNELLE.....	page 39
➤ COMMUNICATION ET TRANSMISSION D'INFORMATIONS ENTRE LES EQUIPES.....	page 39
➤ GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES.....	page 40
4.3 RAISONNEMENT CLINIQUE.....	page 41
➤ INFLUENCE DE L'EXPERIENCE ET DES FORMATIONS SUR LE RAISONNEMENT CLINIQUE.....	page 41
➤ FACTEURS INFLUENCANT LE JUGEMENT CLINIQUE.....	page 41
➤ BESOINS DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES CLINIQUES.....	page 42
4.4 AMENAGEMENT DES LOCAUX.....	page 43
➤ INFLUENCE DE L'AMENAGEMENT SUR LE PROCESSUS DE TRIAGE...	page 43

➤ BESOINS EN EQUIPEMENT SPECIFIQUES POUR FACILITER LE TRAVAIL DES INFIRMIERS ET SUGGESTIONS POUR AMELIORER L'AGENCEMENT DES LOCAUX.....	page 44
4.5 PARCOURS DE SOINS.....	page 45
➤ IMPACT DES PARCOURS DE SOINS SUR LE TRIAGE ET L'ORIENTATION.....	page 45
➤ UTILISATION DES PROTOCOLES CLINIQUES.....	page 46
4.6 SYNTHESE DES FREINS ET DES LEVIERS AU RAISONNEMENT CLINIQUE DES IOA.....	page 46
➤ FREINS.....	page 46
➤ LEVIERS.....	page 47
➤ PROPOSITIONS D' ACTIONS.....	page 47
<u>PARTIE 5 : DISCUSSION</u>	page 49
➤ LES FORCES ET LES LIMITES DE L' ETUDE.....	page 49
➤ RETROSPECTION.....	page 50
➤ BENEFICES D'UNE FORMATION IOA.....	page 50
➤ ZOOM SUR LA POPULATION D' ETUDE.....	page 51
➤ PROPOSITION D' ACTION.....	page 52
➤ LES CHEMINS CLINIQUES « RETOUR SUR ERAS URGENCE ».....	page 53
➤ INTROSPECTION ET PROJECTION DE L'IPAU.....	page 53
➤ AXES DES TRAVAIL ET MISE EN OPERATIONNALITE.....	page 54
➤ PERSPECTIVES.....	page 55
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	page 57

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Etude rétrospective exploratoire

ANNEXE 2 : Grille de tri FRENCH

ANNEXE 3 : Grille d'audit

ANNEXE 4 : Grille de dépouillement des résultats de l'audit

ANNEXE 5 : Logigramme ERAS

ANNEXE 6 : Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière

ANNEXE 7 : Intégration de l'IPA dans un service de soins hospitalier

ANNEXE 8 : Guide d'entretien

ANNEXE 9 : Note explicative sur la protection des données

ANNEXE 10 : Tableaux thématiques des entretiens semi-directifs

ANNEXE 1

Etude rétrospective exploratoire

Patients N° anonymisation	Age/Sexe	Heure admission SAU	Heure Réception-Édition BS labo	Heure TDM PM-EX-CR	Diagnostic	Début Incision BO	EVA-EVS/pds SAU	Antalgiques SAU	Hydratation/perf IV SAU	ATBIO SAU	PM post SAU
1	F 88 ans	10h53	11h40-12h52	12h57-13h32-14h18-	Synd occlusif grêlique	17h32	M / 51kgs	Paracétamol	Ringer lact	0	
2	H 66 ans	4h28	6h34-9h49 (EFS 12h10)	10h01-10h38-11h10-	Synd occlusif sur HO	15h01	5 / 75kgs	Paracétamol / tramadol	250 G5%		Rocéphine / tibéral
3	F 74 ans	2/08 18h16	19h15-9h44	20h24-21h06-21h35-	Abcès sigmoïdien	3/08 15h39	0 / 73kgs	Paracétamol	SSI 1L +3g KCL / Ringer / GR	0	Néfopam / spasfon / tazo
4	F 66 ans	3/08 21h46	22h22-9h53	23h53-23h57-0h47-	Volvulus	4/08 11h19	IT / 90kgs	0	SSI 1L / PIG 1L	Augmentin	Paracétamol / spasfon / tramadol
5	F 52 ans	30/07 5h42	7h31-11h23	10h25-10h26-11h20-	Synd occlusif	18h17	10 / 70kgs	Tramadol / morphine / paracétamol	SSI 1L	0	
6	F 77 ans	26/07 18h29	19h00-20h21	18h49-19h03-20h27-	Collection pelvienne / néo	28/07 10h01	M / 75kgs	0	250 SSI	0	Paracétamol / tramadol / morphine / tibéral / flagyl / rocéphine
7	H 93 ans	24/07 17h19	18h11-19h17	19h46-20h39-22h03-	Abcès	25/07 10h55	A / 55kgs	0	SSI 1L	Rocéphine / flagyl	Paracétamol
8	H 39 ans	25/07 9h49	10h10-11h45	12h10-12h29-13h41-	Perforation / collection	25/07 17h34	F / 135kgs	Paracétamol / spasfon / primpéran / tramadol / morphine	SSI 1L / PIG 1L	Tazo	
9	F 71 ans	24/07 14h57	16h22-18h23 (EFS 5h13)	17h54-18h22-19h02-	Perforation / tumeur	25/07 15h48	F / 50kgs	Paracétamol	250 SSI	Rocephine / Flagyl	Tramadol / Spasfon
10	F 69 ans	9/07 10h24	11h28-13h17	13h47-13h53-15h25-	Abcès	10/07 10h19	IT / 58kgs	Paracétamol / tramadol / spasfon	SSI 1L / PIG 1L	Tazo	Néfopam
11	F 69 ans	11/07 12h01	12h30-15h08 (EFS 17h24)	14h54-15h20-16h01	Perforation / néo	11/07 21h17	F / 72kgs	0	SSI 1L	Rocephine / tibéral	Tramadol / paracétamol / spasfon
12	H 55 ans	17/07 11h32	12h13-10h13 (18/07)	13h57-15h-16h13-	Perforation / sigmoïdite	17/07 19h23	F / 65kgs	Tramadol	SSI 1L	Rocephine / tibéral	
13	H 40 ans	21/07 12h09	12h48-14h18	14h36-15h12-15h49-	Abcès sigmoïde	23/07 13h04	7 / 59kgs	Paracétamol / néfopam	SSI 1L / PIG 1L	Rocephine	Flagyl
14	F 87 ans	18/06 10h16	10h49-11h50	11h59-13h06-14h-	Perforation / Abcès	18/06 16h51	F / 78kgs	Paracétamol / spasfon	0	Rocephine / flagyl	
15	F 70 ans	22/06 14h29	15h09-16h51	Scan externe	Occlusion	22/06 19h53	F / 55kgs	0	SSI 250	0	
16	H 29 ans	23/05 18h08 IMC	20h35-21h46 (EFS 15h33 24/05)	24/05 9h13-13h22-15h23	Occlusion	24/05 17h26	IT / 35kgs	Spasfon	SSI 250	0	
17	H 63 ans	4/05 14h20	15h14-17h02 (EFS 19h04)	15h42-15h40-16h32	Perforation / néo	4/05 20h38	F / 85kgs	Paracétamol	PIG 1L	Rocephine	Flagyl
18	F 82 ans	30/04 9h56	11h01-00h54	12h38-14h10-14h36-	Occlusion / néo	2/05 17h07	A / 70kgs	Paracétamol	SSI 500	Rocephine / tibéral	
19	H 48 ans	16/04 18h08	18h38-19h53	20h10-20h45-21h24-	Perforation / collection	17/04 11h24	8 / 82kgs	Paracétamol / tramadol / spasfon	SSI 1L / PIG 1L	Tazo	
20	F 76 ans	13/04 17h07	17h48-19h32	20h38-21h23-23h18-	Collection (pb post-op)	14/04 2h04	A / 60kgs	Paracétamol	SSI 500	0	
21	F 74 ans	9/10 10h57	11h40-? cf CR (EFS 7h04 10/10)	14h33-15h15-16h53-	Occlusion colique / épanchement	10/10 18h11	M / 80kgs	Paracétamol			Spasfon SSI 1L PIG 1L
22	F 56 ans	28/08 00h08	1h48-10h27 (EFS 14h45)	03h10-9h31-10h37-11h13-12h44-13h44-	Occlusion / Eventration	28/09 16h56	8 / 77kgs	Paracétamol / Spasfon / néfopam	PIG 1L		Tramadol / PIG 1L / paracétamol /
23	H 28 ans	13/09 5h47	6h45-9h47 (EFS 11h49)	9h12-9h47-10h50-	Invagination jéjuno-jéjunale	13/09 18h45	4 / 62kgs	Paracetamol / spasfon /	Ringer lac 500 / G5% 500		Augmentin 2g / tramadol / néfopam
24	F 71 ans	4/09 15h26	16h28-18h01 (EFS 4h48)	17h56-18h08-19h21-	Occlusion grêlique / épanchement	5/09 12h08	M / 73kgs	Paracétamol			PIG 1L / SSI 1L / spasfon / IPP / ceftriaxone / tibéral
25	F 82 ans	1/09 08h39	9h12-10h53 (EFS 14h43)	- 10h32-11h21-	Occlusion iléale / volvulus	1/09 16h08	F / 60kgs	Paracétamol	SSI 1L		Ceftriaxone / tibéral / IPP / spasfon
26	F 85 ans	28/08 11h30	12h27-17h09 (EFS 1/09 20h23)	TDM le 10/09 - 14h00-16h35-	Occlusion intestinale avec souffrance pariétale	1/09 21h46	F / 40kgs				
27	F 83 ans	25/08 17h02	18h08-20h13 (EFS 21h29)	20h07-20h33-21h21-	Occlusion / perforation	25/08 23h17	M / 60kgs	Paracétamol / tramadol / spasfon / néfopam			Ceftriaxone / tibéral / PIG 1L

28	F 61 ans	23/08 9h36	10h51- 12h03 (EFS 25/08 6h45)	12h16- 12h37- 13h23-	Occlusion / Volvulus Tentative sigmoïdoscopie	25/08 13h41	F / 56kgs	Paracétamol			PIG 1L5
29	F 75 ans	22/08 9h08	09h47- 14h51 (EFS 9h47)	- 12h59- 14h25-	Occlusion sur éventration	22/08 17h50	M / 90kgs		SSI 250		Ceftriaxone / tiberall / paracétamol / spafon / néfopam / PIG 1L / tramadol
30	H 71 ans	2/06 7h51	09h03- 10h45	10h41- 11h50- 13h02-	Occlusion mécanique sur masse sténosante	06/06 22h04	M / 66kgs	Néfopam / Primpéran			Perikabiven / ringer lac 500 / paracétamol / SSI 1L5
31	H 46 ans	14/05 16h35	17h21- 19h28 (EFS 17h21)	18h32- 19h34- 20h28-	Appendicite aigüe abcédée avec épanchement	16/05 16h44	F / 75kgs	Paracétamol / tramadol			Ceftriaxone / tiberall / SSI 1L / PIG 1L / spafon
32	F 58 ans	12/05 19h14	19h42- 20h52	20h52- 21h05- 22h00	Appendicite aigüe	13/05 14h29	F / 70kgs	Paracétamol / tramadol	SSI 1L	Augmentin 2g	
33	F 16 ans	10/05 18h23	19h35- 9h58 (EFS 11/05 5h32)	- 22h25- 22h49-	Appendicite aigüe	11/05 13h43	F / 47kgs	Paracétamol / tiorfan			Cefotaxime

Légende :



BO direct



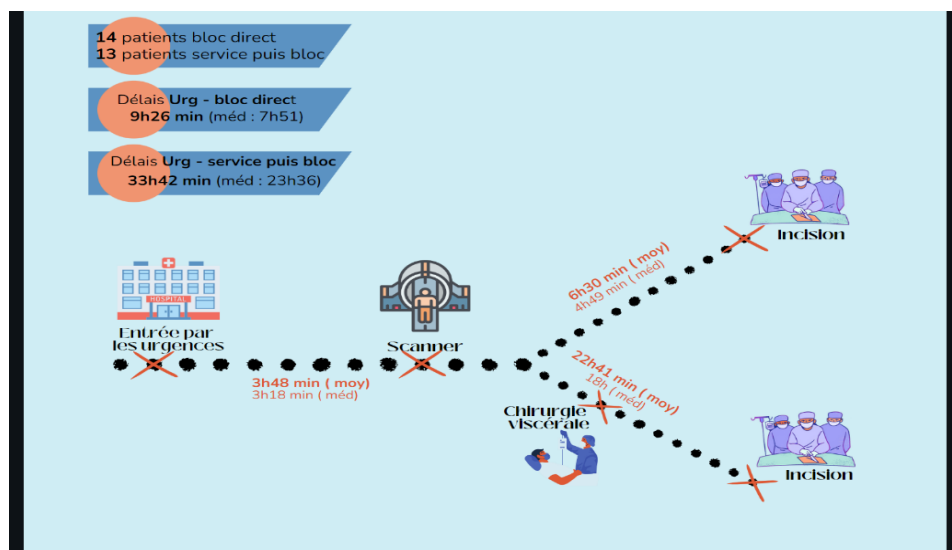
Transfert service de chirurgie viscérale avant BO



Critère(s) d'exclusion du protocole ERAS Urgence

Un tableur Excel a été réalisé pour y insérer les données :

- En ce qui concerne le délai entre le scanner et l'incision au bloc opératoire, il est en moyenne de 6 heures et 30 minutes pour les patients transférés immédiatement des urgences au bloc opératoire avec une médiane de 4 heures et 49 minutes.
- Les chiffres actuels correspondent aux recommandations de la littérature avant l'implémentation du protocole aux urgences.



ANNEXE 2

Grille de tri FRENCH

FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

FRENCH triage		FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL								
Vomissement de sang/hématémèse	2			hématurie abondante			vomissement(s) strié(s) de sang	
Mélanéa/rectorragies	2			rectorragie abondante			selles souillées de sang	
Douleur abdominale	3B			douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
Ictère	3B							
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B						avis référent (MAO, MCO)	
Hernie, masse ou distension abdominale	4			douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins	4			aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés			tranchant, pointu	
Corps étranger dans le rectum	4			douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)			douleur abdominale	
Vomissements	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans		douleur abdominale ou vomissements abondants	
Diarrhée	5				enfant ≤ 2 ans		abondantes et/ou mauvaise tolérance	
Douleur anale	5						suspicion abcès/fissure	
Hoquet	5						hoquet incessant (≥ 12 h)	

ANNEXE 3

Grille d'audit

GRILLE D'AUDIT

AUDIT / Triage IOA : Chirurgie viscérale en Urgence Avril 2023 à Octobre 2023

TRIAGE PATIENT N°1				
CRITERES D'EVALUATION	OUI	NON	NA	Commentaires
Triage adapté à l'échelle French		x		3B
Le motif d'entrée est renseigné	x			Douleur abdominale
Le patient est adressé par le MT avec un courrier		x		
Interrogatoire IOA exhaustif		x		Peu d'éléments
Signes cliniques énoncés	x			Vomissements
Signes physiques évoqués		x		
Les ATCD principaux sont renseignés		x		
Les TTT principaux en cours sont renseignés		x		
Les paramètres vitaux sont renseignés et évalués	x			HTA - fébricule
EVA / EVS	x			M
Poids	x			
Allergie(s)	x			NC
Concordance avec l'observation médicale		x		Sensibilité+++ FIG

L'ensemble des grilles de l'audit sont disponibles en scannant le QR-code suivant :



ANNEXE 4

Grille de dépouillement des résultats de l'audit

GRILLE DE DEPOUILLEMENT DES RESULTATS

AUDIT / Triage IOA : Chirurgie viscérale en Urgence Avril 2023 à Octobre 2023

GRILLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	TOTAUX							
CRITERES																																			NON	OUI	NA	%NA	%OUI	%NON	
1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	33	0	0	0	0	100%
2	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	0	33			100%	0
3	N	N	O	N	N	O	N	N	N	N	N	O	N	N	O	N	O	N	O	N	O	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	O	O	23	10	0	0	30,3%	69,7%		
4	N	O	O	N	O	N	N	N	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	N	8	24			72,7%	24,2%		
5	O	N	N	O	O	O	N	N	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N		7	26			78,8%	21,2%		
6	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	31	2			6%	93,9%		
7	N	O	O	N	O	N	O	O	N	O	N	O	N	N	N	O	N	O	N	O	O	N	O	O	N	N	O	N	O	N	N	N	N	17	16			48,5%	51,5%		
8	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	O	N	N	O	O	N	N	N	N	N	27	6			18,2%	81,8%		
9	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	0	33			100%	0		
10	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	0	33			100%	0		
11	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	0	33			100%	0		
12	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	0	33			100%	0		
13	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	O	N	30	3	0	0	9,1%	90,9%		

CRITERES :

- 1- Triage adapté à l'échelle French** : ABDOMINAL = Tri 2 si atteinte potentielle d'un organe avec signe de gravité ou douleur intense et comorbidités associés / Tri 3B si atteinte potentielle d'un organe sans signe de gravité et sans comorbidité / Tri 4 si douleur régressive
- 2- Le motif d'entrée est renseigné** : Renseignement obligatoire pour validation du triage
- 3- Le patient est adressé par le médecin traitant avec un courrier**
- 4- Interrogatoire IOA exhaustif** : recherche de la chronologie, de la symptomatologie en lien avec le motif de recours
- 5- Signes cliniques énoncés**
- 6- Signes physiques évoqués**
- 7- Les ATCD principaux sont renseignés** : comorbidités associées
- 8- Les TTT principaux en cours sont renseignés** : en lien ou non avec le motif de recours
- 9- Les paramètres vitaux sont renseignés et évalués** : tolérance hémodynamique
- 10- EVA / EVS** : Renseignement obligatoire pour validation du triage
- 11- Poids** : Renseignement obligatoire pour validation du triage
- 12- Allergie(s)** : Renseignement obligatoire pour validation du triage
- 13- Concordance avec l'observation médicale** : triage IOA en lien avec l'observation médicale = chronologie, symptomatologie évocatrice, intensité de la douleur, ATCD du patient et signes physiques en lien avec une urgence chirurgicale

ANNEXE 5

Logigramme ERAS

ERAS Urgence

QUI	FAIT QUOI	COMMENT
IOA / MAO	<pre> graph TD A[URGENCES ZAO] --> B[TRIAGE / Interrogatoire] B --> C[Prise des paramètres vitaux / ECG] C --> D[Examen physique] D --> E{Inclusion protocole ERAS Urgence} E -- OUI --> F([Appel MAO ou sénior de garde]) E -- NON --> G([PEC habituelle]) </pre>	<p>-SC évocateurs -Etat général -ATCD médicaux et chirurgicaux -TTT en cours (AINS, CTC) -Poids -EVA/EVS -Allergie</p>
IOA / AS		<p>Recherche de critère de gravité / examen physique</p>
MAO / IOA		<p>(palpation abdominale). Renseigner le formulaire de triage avec les éléments recueillis.</p>
MAO / IOA		<p>Si inclusion au protocole ERAS Urgence : -Appel MAO ou Sénior de garde -Orientation de patient en MCC ou SAUV en fonction critère de gravité -Activer icone ERAS Urgence pour prévenir l'ensemble de l'équipe sur tracking firsnet</p>

ERAS Urgence

QUI	FAIT QUOI	COMMENT
IOA / MAO	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Activation Protocole ERAS Urgence </div>	-SC évocateurs -Etat général -ATCD médicaux et chirurgicaux
Médecin sénior	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Examen médical rapide </div>	-TTT en cours (AINS, CTC) -Poids -Allergie
IDE	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Pose VVP BS en UV au labo </div>	Fonction rénale (TDM injecté)
Médecin / IDE	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Traitement antalgique adapté (EVA/EVS) </div>	Réévaluation de la douleur et solicitation médicale si besoin.
Médecin	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> TDM injecté </div>	Demande TDM / brancardage dès réception fonction rénale.
Radiologue	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Indication chirurgicale CR TDM </div>	Si indication chirurgicale : appel urgentiste puis déclenchement interne de chirurgie / chirurgien de garde / IDEC ERAS
Médecin	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> OUI </div>	(l'anesthésiste- réanimateur est informé par interne de chirurgie ou chirurgien).
Médecin / IDE	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Appel de l'ensemble des acteurs </div>	
	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> NON </div>	
	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Appel de l'ensemble des acteurs </div>	
	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> PM ATBIO et réhydratation IV </div>	
	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Préparation BLOC et Brancardage </div>	

Début
Timer

BO dans les 6h

ANNEXE 6

Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière

Figure adaptée à partir de l'article :

Espace infirmier.fr / L'actualité infirmière / Actualités / Positionnement de l'IPA dans la
filière infirmière [38] ¹

¹ <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/positionnement-de-l-ipa-dans-la-filiere-infirmiere.html>

Cadre de
Santé

IPA

IDE



- Organisation et coordination des activités
- Encadrement / management des équipes
- Conduire une démarche de qualité et gestion des risques
- Conduire un projet, des travaux d'étude
- Contrôler et évaluer les activités
- Communiquer / transmettre

- Pratique clinique directe
- Prise de décision éthique
- Enseignement et formation
- Consultation, conseil aux patients, aux familles et à l'équipe
- Recherche
- Leadership clinique
- Collaboration
- Empowerment

- Evaluation clinique / diagnostic IDE
- Soins infirmiers
- Accompagnement dans les soins
- Actions diagnostic et thérapeutique
- Prévention / éducation
- Communiquer au patient
- Analyser la qualité des soins
- Informer et former

POSITIONNEMENT DE L'IPA DANS LA FILIERE INFIRMIERE

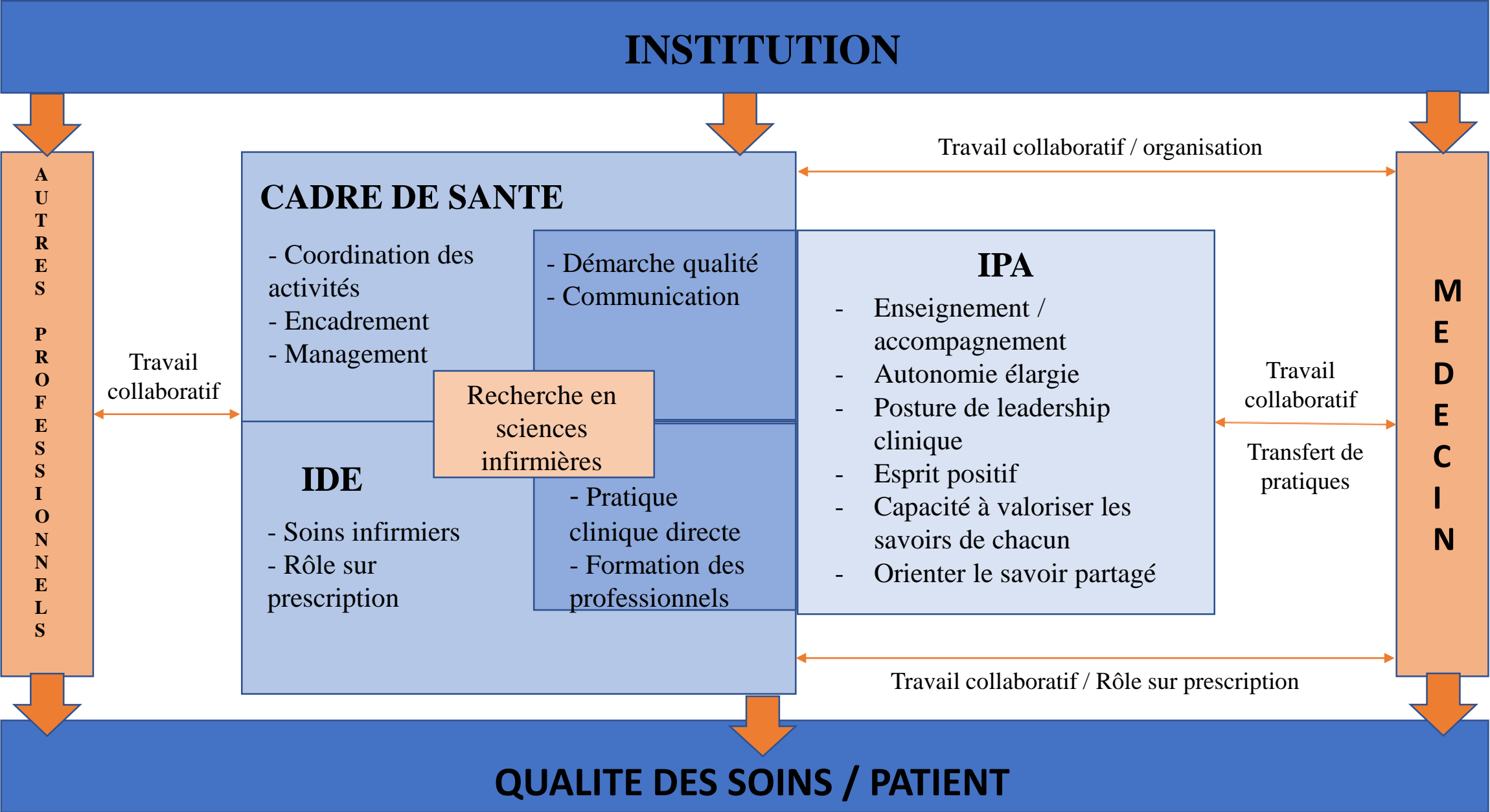
ANNEXE 7

Intégration de l'IPA dans un service de soins hospitalier

Figure adaptée à partir de l'article :

Espace infirmier.fr / L'actualité infirmière / Actualités / Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière [38] ¹

¹ <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/positionnement-de-l-ipa-dans-la-filiere-infirmiere.html>



ANNEXE 8

Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF / IOA

Présentation :

Bonjour, je suis Emilie POIRSON, infirmière étudiante en 2^{ème} année en pratique avancée. Je vous remercie de m'accorder de votre temps et d'avoir accepté cet entretien.

Dans le cadre de mes études, je réalise un travail sur le raisonnement clinique des IOA en ZAO.

Je souhaite recueillir des informations au cours d'entretiens enregistrés et confidentiels. Je tiens à vous préciser que cet entretien sera anonyme.

Q1 : QUESTION BRIS DE GLACE

Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ? (Fonction actuelle, formation, expérience, ancienneté...)

- Combien d'années d'expériences avez-vous en tant qu'Infirmier d'Organisateur de l'Accueil ?
- Avez-vous reçu une formation spécifique pour le triage et la détection des urgences ?

Objectif : *Evaluer l'expérience et la formation des IOA en matière de triage, de détection des urgences afin de comprendre leur niveau de préparation et de compétence dans ce domaine.*

Q2 : UTILISATION DE LA GRILLE DE TRIAGE FRENCH

Comment triez-vous les patients à l'accueil des urgences ?

- Utilisez-vous la grille de triage French dans votre pratique quotidienne ?
- Rencontrez-vous des défis particuliers avec la grille de triage French ?

Objectif : *Analyser l'utilisation de la grille de triage French dans la pratique quotidienne des IOA en identifiant les éventuels défis rencontrés et en évaluant son efficacité dans le processus de triage des patients.*

Q3 : RECUEIL D'EXPERIENCES, RESSENTIS, VECU... (PROCESSUS DE TRIAGE)

Pourriez-vous me raconter une situation marquante qui a posé des difficultés lors de l'accueil et du triage d'un patient en ZAO ? (Erreur d'évaluation ou d'orientation ? / à votre avis quels en sont les raisons ?)

- Décrivez brièvement votre processus de triage pour les patients aux urgences ?
- Comment décidez-vous si un patient nécessite une attention immédiate lors du triage ?

Objectifs : *Explorer les expériences et les ressentis des IOA lors de situations marquantes de triage aux urgences afin de détecter les difficultés rencontrées et d'identifier les éventuelles erreurs d'évaluation et d'orientation lors du processus de triage.*

Q4 : BIAIS COGNITIFS

Pouvez-vous décrire comment votre première impression d'un patient peut influencer la manière dont vous recueillez et interprétez les informations ?

- Comment la première impression que vous avez d'un patient peut-elle influencer vos décisions ultérieures ?
- Est-ce que vos expériences peuvent-elles influencer votre évaluation d'un patient ?
- Pouvez-vous décrire comment une caractéristique particulière d'un patient pourrait affecter votre perception globale de sa condition ?

Objectif : Investiguer l'impact des biais cognitifs sur le processus de triage des IOA en analysant comment leurs premières impressions et expériences peuvent influencer leurs décisions et perceptions des patients.

Q5 : CONFRONTER LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE AU RAISONNEMENT CLINIQUE

Comment observez-vous les signes cliniques des patients dans votre box d'accueil ?

- Est-ce que vous pratiquez un examen physique ?
- Si non, pourquoi ?
- Si oui, quels éléments recherchez-vous lors de l'examen physique initial ?

Objectif : Evaluer la pratique professionnelle des IOA en termes d'observation des signes cliniques et de réalisation d'examens physiques afin de comprendre comment ces éléments contribuent au raisonnement clinique dans le processus de triage.

Q6 : IDENTIFICATION DES LEVIERS / FREINS

Quels sont pour vous les ressources et outils disponibles pour l'accueil et le tri des patients en ZAO ?

(RELANCE) Selon votre expérience, quels sont les éléments clés ?

- En quoi l'aménagement des locaux aux urgences influence-t-il votre processus de triage ?
- Des aspects architecturaux facilitent-ils ou entravent-ils votre raisonnement clinique ?
- Avez-vous participé à des formations récentes sur le raisonnement clinique ou le triage ?
- Comment collaborez-vous avec d'autres professionnels de santé lors du triage ?

De votre point de vue, comment ces éléments permettent de réduire le risque d'erreur dans le triage et l'orientation des patients ?

Objectifs : Identifier les leviers et les freins au raisonnement clinique des IOA en examinant les ressources, outils et aspects architecturaux disponibles pour l'accueil et le tri des patients, ainsi que leur participation à des formations et leur collaboration avec d'autres professionnels de santé.

Q7 : PERSPECTIVES

Quelles actions pourraient être mises en place pour renforcer le raisonnement clinique des IOA ?

Objectif : *Proposer des actions potentielles visant à renforcer le raisonnement clinique des IOA en tenant compte des informations recueillies lors des entretiens pour élaborer des solutions adaptées aux besoins identifiés.*

Q8 : OUVERTURE SUR DES THEMATIQUES NON ABORDEES, COMMUNE A CHAQUE PERSONNE

Souhaitez-vous ajouter, me partager d'autres choses ? Avez-vous des questions ?

Objectif : *Offrir une ouverture pour que les IOA puissent partager des informations supplémentaires ou poser des questions permettant ainsi de compléter les données recueillies et d'explorer des thématiques non abordées lors des questions principales.*

Relances diverses à chaque question si nécessaire :

- Que voulez-vous dire par ... ?
- Pouvez-vous préciser...
- C'est-à-dire ?
- Pouvez-vous illustrer par un exemple ?
- Qu'entendez-vous par... ?

Reformulation : Vous dites que... ai-je bien compris ?

Echolalie

Respect des silences.

Je vous remercie beaucoup pour cet échange et ce partage

ANNEXE 9

Note explicative sur la protection des données

Note d'information sur la réutilisation de vos données

***ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET
DU RAISONNEMENT CLINIQUE
DES INFIRMIERS ORGANISATEURS DE L'ACCUEIL
AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES :
« Le parcours de soins ERAS – Enhanced Recovery After Surgery comme catalyseur »***

**Promoteur de l'étude : POIRSON Emilie
Responsable scientifique : Dr MOQUAY Romain**

Madame, Monsieur,

Le Centre hospitalier de Valenciennes participe à une étude qualitative descriptive portant sur l'analyse des pratiques professionnelles des IOA. Cette étude concerne les professionnels de santé exerçant la fonction d'IOA au Service d'Accueil des Urgences entre septembre 2023 et juin 2024.

Cette étude sera développée au Centre hospitalier de Valenciennes du 26/12/2023 au 5/01/2024 sous la responsabilité de POIRSON Emilie promoteur de l'étude et responsable du traitement des données.

1) Quel est le but de cette étude et en quoi consiste-t-elle ?

Cette étude repose exclusivement sur la **réutilisation et le traitement des informations de notre entretien**. Cette étude n'implique donc aucun examen complémentaire ni aucune intervention de votre part.

Les données recueillies **ne comporteront pas votre nom**.

Vos données seront **pseudonymisées**, puis analysées de manière globale de sorte **qu'il ne sera plus possible de vous identifier**.

Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de communications lors de congrès scientifiques et/ou être publiés dans une revue scientifique. Dans tous les cas, l'anonymat sera préservé. Vous pourrez être informé des résultats globaux de cette recherche par l'intermédiaire d'Emilie POIRSON.

Les données de l'étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée maximale de vingt ans.

2) *Quels sont vos droits ?*

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD-2016/679) et aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation de vos données personnelles.

Vous disposez également d'un droit d'opposition. Vous pouvez donc, à tout moment et sans vous justifier, vous opposer à la réutilisation de vos informations dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits en écrivant au délégué à la protection des données du Centre hospitalier de Valenciennes :

✉ Par mail à l'adresse : dpo@ch-valenciennes.fr ;

✉ Par courrier au Centre hospitalier de Valenciennes - Délégué à la protection des données, 114 avenue Désandrouin, 59322 Valenciennes.

N'hésitez pas à poser toutes questions que vous jugerez utiles.

Nous vous remercions pour votre contribution à cette étude.

Valenciennes, le :

Signature :

ANNEXE 10

Tableaux thématiques des entretiens semi-directifs

Thème n°1 : Processus de triage et d'accueil des patients	
Sous-thèmes	Idées principales issues des verbatims
Utilisation des outils de triage (grille de tri)	<p><i>Maîtrise de la grille de triage</i> <i>Adaptation des triages</i> IOA 1 : page 1 lignes 30-38, 201-202 IOA 2 : page 8 lignes 29-31, 45-48, page 12 lignes 205-208 IOA 3 : page 13 ligne 45, page 14 lignes 47-49, 55-60 IOA 4 : page 19 lignes 30-31, 36-37, page 20 lignes 79-84, page 21 ligne 99 IOA 5 : page 25 ligne 44, page 26 lignes 48-49, 55 IOA 6 : page 31 lignes 23, 28, 41-44, page 32 lignes 48-49 IOA 7 : page 38 lignes 43-46, 51-56, 61 IOA 8 : page 45 lignes 30, 33, 34 IOA 9 : page 52 lignes 23-24, 28, page 53 lignes 31-32 IOA 10 : page 61 lignes 29, 37-40, page 62 ligne 76</p>
Formation et expérience des infirmiers au triage	<p><i>Niveau de formation initiale</i> <i>Evaluation initiale du patient : interrogatoire, signes cliniques, collecte des antécédents médicaux, observation du patient</i> <i>Examen clinique de base (paramètres vitaux)</i> <i>Priorisation des patients</i> IOA 1 : page 1 ligne 20, page 2 lignes 24, 54, 60, 78, page 5 lignes 204, 209, 210-211 IOA 2 : page 8 lignes 17-20, 24, 35-36, page 10 lignes 101-104, page 11 ligne 158, IOA 3 : page 13 lignes 22, 28-29, 38, pages 14 lignes 88-91 IOA 4 : page 19 lignes 10, 42 IOA 5 : page 25 lignes 23-25, 29-31, 39, page 27 lignes 95-99, 104-107 IOA 6 : page 31 lignes 32-36, page 32 lignes 53-55, page 33 lignes 101-106, 119 IOA 7 : page 38 lignes 11-13, 17, 23, 30-31, page 40 lignes 118-121, 127, 131, page 42 ligne 196 IOA 8 : page 45 lignes 11 à 15, page 46 lignes 40-41, pages 47 lignes 87-93, 98, page 49 lignes 155-158 IOA 9 : page 52 lignes 18-19, page 54 lignes 66-75, page 56 lignes 150-154 IOA 10 : page 61 ligne 16, 24, page 62 ligne 45, page 63 lignes 89-97, 102-105, page 67 lignes 246-247</p>
Défis rencontrés lors du triage (complexité des cas / grille, flux, formulaire de tri)	<p><i>Charge de travail, lourdeur administrative du formulaire de triage / organisation IOA/AS</i> <i>Recueil d'informations auprès des différents interlocuteurs</i> <i>Orientation / évolutivité des patients / pas d'uniformisation des pratiques</i> IOA 1 : page 5 lignes 217-218 IOA 3 : page 16 lignes 138-142 IOA 4 : page 20 lignes 48-61 IOA 5 : page 27 lignes 119-123 IOA 6 : page 31 ligne 44, page 35 pages 185-186, page 36 lignes 248-251 IOA 7 : page 39 lignes 70-73, page 41 lignes 174-179, page 42 207-218 IOA 8 : page 46 lignes 54, 59-62, page 47 lignes 68-69, 74-75, 79-80, page 49 ligne 140, 148-149, page 51 lignes 205-210 IOA 9 : page 53 lignes 37-39, 62-63, page 59 lignes 254-256,</p>
Besoins en formation supplémentaire	<p><i>Besoins en formation continue</i> <i>Formation théorique sur le triage et l'utilisation de la grille de tri</i> <i>Projet de formation non abouti</i> IOA 3 : page 17 lignes 122-124 IOA 7 : page 38 lignes 31-34, page 43 lignes 242-246, 251-255 IOA 8 : page 50 lignes 197-199 IOA 9 : page 58 233-237, page 62 ligne 56 IOA 10 : page 67 ligne 240</p>

Thème n°2 : Collaboration interprofessionnelle

Sous-thèmes	Idées principales issues des verbatims
Communication et transmission d'informations entre les équipes	<p><i>Communication entre les secteurs</i> <i>Impact de la collaboration avec le MAO, les médecins de garde, les aides-soignants, les équipes préhospitalières sur la qualité des soins</i></p> <p>IOA 1 : page lignes 264-270 IOA 2 : page 76-80, page 11 lignes 178-180, 182, 183, page 12 lignes 209-211 IOA 3 : page 17 lignes 204-207 IOA 4 : page 20 lignes 86-89, page 23 lignes 192-196 IOA 5 : page 28 ligne 168, page 30 lignes 223-227 IOA 6 : page 33 ligne 107, page 36 lignes 200-203 IOA 7 : page 43 lignes 228-231-235 IOA 8 : page 49 lignes 162-163 IOA 9 : page 56 lignes 159-161, page 57 lignes 192-194, page 58 lignes 204-206, 209-211, 220-221, page 59 lignes 240-244, page 59 lignes 257-262 IOA 10 : page 65 lignes 176-179, page 66 lignes 198-199, 204-205, 218, 221-223</p>
Gestion des situations complexes / cas ambigus (impact sur le processus de triage et la prise en soins des patients)	<p><i>Conflits interprofessionnels sur l'orientation du patient</i> <i>Prise de décision / demande d'avis au MAO / orientation</i></p> <p>IOA 1 : page 7 lignes 280-287, 291-295, 300-301, 303-304 IOA 2 : page 9 lignes 61-64 IOA 3 : page 14 ligne 66-71, IOA 5 : page 26 lignes 66-75, lignes 83-84 IOA 6 : page 32 lignes 67-70, 78-83, page 33 lignes 92-96, page 37 lignes 271-274 IOA 7 : page 40 lignes 92-101 IOA 8 : page 46 lignes 66-69, page 48 ligne 101 IOA 9 : page 53 lignes 42-44, page 58 ligne 217 IOA 10 : page 62 lignes 62-72, 75-76, page 63 lignes 80-84</p>

Thème n°3 : Raisonnement clinique	
Sous-Thèmes	Idées principales issues des verbatims
<p style="text-align: center;">Influence de l'expérience et des formations sur le raisonnement clinique</p>	<p><i>Impact de l'expérience sur le jugement clinique</i> <i>Besoin de soutien pour les infirmiers débutants</i></p> <p>IOA 1 : page 2 lignes 85-87, ligne 199 IOA 2 : page 11 ligne 143 IOA 3 : page 14 lignes 81-83, page 15 lignes 115-119 IOA 5 : page 27 lignes 128-130, page 28 lignes 140-142, page 30 lignes 250-252, 256-257 IOA 6 : page 33 lignes 126-130 IOA 7 : page 38 lignes 29-30 IOA 8 : page 47 lignes 99-102 IOA 9 : page 54 lignes 80-88</p>
<p style="text-align: center;">Facteur influençant le triage (première impression du patient, typologies des patients, expériences antérieures, collaboration avec d'autres professionnels de santé)</p>	<p><i>Biais cognitifs</i> <i>Collaboration pluriprofessionnelle</i></p> <p>IOA 1 : page 3 lignes 92, 93 IOA 2 : page 9 lignes 59-60, 71, 93-95, 118-119, page 11 lignes 150-151, 156-157, page 12 lignes 190-193 IOA 3 : page 16 lignes 134-135, 142, 147-150 IOA 4 : page 20 lignes 66, 68, 71-74, page 21 ligne 114, 126, 131, 134, page 22 lignes 147, 149-150, 186-187 IOA 5 : page 26 lignes 66-68, 88-89, page 28 lignes 147, 154-158, page 29 lignes 196-202 IOA 6 : page 34 lignes 143, 145, 151-152, page 36 lignes 243-247, 254 IOA 7 : page 41 lignes 138-146, 153 IOA 8 : page 48 lignes 109-110, 115-119 IOA 9 : page 54 lignes 98-105, page 55 lignes 120-121, page 59 lignes 266-271 IOA 10 : page 63 lignes 115-119, page 64 lignes 125, 128, page 66 lignes 194-197</p>
<p style="text-align: center;">Besoin de développement des compétences cliniques (examen physique, interprétation des signes cliniques)</p>	<p><i>Apprentissage sur le terrain vs formation théorique</i> <i>Besoin de formation continue et développement professionnel / encadrement et mentorat</i> <i>Formation pratique sur l'examen clinique et physique</i> <i>Impact de l'observation et de l'examen physique sur le raisonnement clinique</i></p> <p>IOA 1 : page 3 lignes 121-131, 137-138, page 5 lignes 223-225, page 6 lignes 237-240 IOA 2 : page 10 lignes 115, page 12 lignes 198-200, 204-205 IOA 3 : page 16 ligne 156-158, 162, 172, page 17 lignes 192-199, 219-224 IOA 4 : page 22 lignes 140-143, 163, page 23 ligne 202, 212, 216-219, pages 24 lignes 223-227, 233-235, 241 IOA 5 : page 28 ligne 163, page 29 lignes 182-187, 219, page 30 lignes 236, 240, 244-245 IOA 8 : page 48 lignes 122, 127-128, page 49 lignes 133-135, 140 IOA 6 : page 34 lignes 175-176, 180, page 36 ligne 236, page 37 lignes 279-280, 284-286 IOA 7 : page 41 lignes 158-160, 163-166 IOA 8 : page 50 lignes 189, 193-200, page 59 lignes 244-246 IOA 9 : page 55 lignes 128, 130, 132-135, page 56 lignes 138-139, page 57 lignes 197-199, page 58 lignes 229-232, 235-236 IOA 10 : page 64 lignes 150-154, 158, 162-163, 169-170, page 67 lignes 232-234, page 67 lignes 244-245, 248</p>

Thème n° 4 : Aménagement des locaux et équipements	
Sous-Thèmes	Idées principales issues des verbatims
Influence de l'aménagement sur le processus de triage	<p><i>Influence sur la visibilité des patients en salle d'attente</i> <i>Disposition du poste de travail</i></p> <p>IOA 1 : page 4 lignes 142-143, 161-165, 175, 177 IOA 2 : page 10 ligne 116, 125, 130, 134-138 IOA 3 : page 17 lignes 184-190 IOA 4 : page 22 lignes 178-181 IOA 5 : page 25 ligne 36, page 29 lignes 208-214 IOA 6 : page 36 lignes 210-211, 216, 220-223, page 36 lignes 228-230 IOA 7 : page 40 lignes 128-130, page 42 lignes 181-184, 200-201 IOA 8 : page 50 lignes 169-179 IOA 9 : page 57 lignes 168-176, 183-184 IOA 10 : page 65 lignes 185-188</p>
Besoins en équipements spécifiques pour faciliter le travail des infirmiers et suggestions pour améliorer l'agencement des locaux	<p><i>Besoin en équipements ergonomiques</i> <i>Besoins en ressources supplémentaires pour un triage efficace</i> <i>First Look</i></p> <p>IOA 1 : page 4 lignes 148, 153-15, page 6 ligne 242-243 IOA 3 : page 17 ligne 214 IOA 7 : page 42 lignes 190-198 IOA 8 : page 50 lignes 185-186 IOA 9 : page 57 lignes 172, 178-179, page 58 lignes 222-224 IOA 10 : page 65 lignes 193, page 67 lignes 260-264</p>

Thème n°5 : Parcours de soin	
Sous-Thèmes	Idées principales issues des verbatims
Impact des parcours de soin sur le triage et l'orientation	<p><i>Utilisation de protocoles cliniques standardisés</i> <i>Facilitation du triage et de l'orientation par des chemins cliniques préétablis</i></p> <p>IOA 1 : page 6 lignes 273-275 IOA 6 : page 32 lignes 61-65 IOA 7 : page 39 lignes 67-84, 86-88, page 40 lignes 105-113, page 43 lignes 235-237, page 44 lignes 265-274 IOA 8 : page 46 ligne 67 IOA 9 : page 58 lignes 216-220, page 60 lignes 278-286 IOA 10 : page 67 lignes 255-256</p>
Utilisation des protocoles cliniques	<p><i>Application des protocoles pour les situations prévalentes</i> <i>Besoins en protocoles spécifiques pour certaines conditions cliniques (douleur, radiographies)</i></p> <p>IOA 1 : page 6 lignes 243, 253, 256 IOA 7 : page 43 lignes 246-250</p>

Thème n°6 : Les freins et les leviers au RC	
Sous-Thèmes	Idées principales issues des verbatims
Propositions d'actions	<i>Synthèse des verbatims</i>

Titre :

Analyse des pratiques professionnelles et du raisonnement clinique des Infirmiers Organiseurs de l'Accueil aux Urgences du Centre Hospitalier de Valenciennes :
« Le parcours de soins ERAS comme catalyseur »

Mots clés :

Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA), Zone d'Accueil et d'Orientation (ZAO), triage, raisonnement clinique, parcours de soins, développement des compétences, IPAU (Infirmier en Pratique Avancée mention Urgences).

Abstract :

Introduction : Cette étude examine les pratiques professionnelles au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU) en vue de l'implantation d'un nouveau parcours de soins, avec un accent particulier sur le protocole ERAS « Enhanced Recovery After Surgery » en chirurgie viscérale d'urgence. L'introduction met en lumière les recommandations des dernières guidelines internationales sur ERAS urgence et les pratiques professionnelles actuelles pour faire face à ces situations. Elle m'a permis de mettre en évidence des lacunes dans le raisonnement clinique des infirmiers Organiseurs de l'Accueil (IOA) lors du triage des urgences chirurgicales abdominales par la réalisation d'un audit rétrospectif des dossiers. Comment améliorer le raisonnement clinique des Infirmiers Organiseurs de l'Accueil aux urgences pour réduire les erreurs de triage, améliorer la qualité des décisions initiales et le parcours de soins des patients ?

Méthode : Conduite sous la forme d'une étude qualitative descriptive monocentrique, elle englobe une analyse des pratiques professionnelles par des entretiens semi-directifs réalisés auprès des IOA. Cette méthode permet d'obtenir des données qualitatives pour une compréhension approfondie des pratiques actuelles et des biais freinant le raisonnement clinique de la population étudiée.

Résultats : L'étude confirme l'hypothèse émise. La formation actuelle des IOA semble insuffisante pour favoriser le développement du raisonnement clinique et pour permettre à ces professionnels d'effectuer des examens physiques auprès des patients aux urgences afin d'améliorer le jugement clinique. Les données recueillies permettent également de souligner des opportunités d'amélioration dans le raisonnement clinique des IOA. Les freins sont identifiés, soulignant des difficultés : habitudes de travail, manque de formation, collaboration pluriprofessionnelle, architecture des locaux.

Discussion : Des actions concrètes sont proposées. La formation continue, le développement des compétences et la collaboration pluriprofessionnelle deviennent des leviers pour une mise en œuvre réussie. Des perspectives incluent les recherches futures visant à évaluer l'impact des formations et des protocoles sur la qualité des soins aux urgences, offrant ainsi une vision complète et proactive pour l'avenir de l'infirmière en pratique avancée mention urgences. Son engagement dans la recherche, son leadership clinique et sa collaboration avec les équipes médicales et d'encadrement font de l'IPA une ressource essentielle pour guider les ajustements nécessaires.

Cette recherche offre une contribution significative en soulignant l'importance des parcours de soins comme ERAS aux urgences. Les résultats orienteront l'encadrement dans les ajustements nécessaires pour renforcer la qualité des soins dès l'accueil aux urgences en optimisant le raisonnement clinique des IOA.

Title :

An Analysis of Professional Practices and Clinical Reasoning of the Nurses Organizers of Reception at the Emergency Department at Valenciennes Hospital :
« The ERAS-Enhanced Recovery After Surgery Pathway as a Catalyst »

Keywords :

Nurse Organizer of reception (NOR), Reception and Orientation Zone (ROZ), triage, Clinical reasoning, care pathway, skills development, Advanced Practice Nurse Emergency Specialty (NPA).

Abstract :

Introduction : This study examines professional practices within the Emergency Department with a view to implementing a new care pathway, with a particular focus on the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol for emergency visceral surgery. The introduction highlights the recommendations of the latest international guidelines regarding ERAS in emergencies and current professional practices when dealing with these situations. It enabled me to highlight shortcomings in the clinical reasoning of Nurses Organizers of Reception (NOR) during the triage of abdominal surgical emergencies by carrying out a retrospective audit of the files. How can we improve the clinical reasoning of the Nurses Organizers of the Reception at the emergency department to reduce errors of triage, improve the quality of the initial decisions and the patients' care pathway ?

Method : Conduct in the form of a monocentric descriptive and qualitative study, it includes an analysis of the practices through semi-directive interviews carried out with NORs. This method makes it possible to obtain qualitative data for an in-depth understanding of current practices and the biases hindering the clinical reasoning in the staff population under study.

Result : The study confirm the hypothesis put forward. Current training for NORs appears insufficient to promote the development of clinical reasoning and to enable these professionals to perform physical examinations on emergency patients in order to improve clinical judgment. The data collected also makes it possible to highlight opportunities for improvement in the clinical reasoning of NORs. The obstacles are identified, highlighting difficulties : work habits, lack of training, multi-professional collaboration, architecture of the premises.

Discussion : Concrete actions are proposed. Continuing training, skills development and multi-professional collaboration become levers for a successful implementation. Perspectives include future research aimed at evaluating the impact of training and protocols on the quality of emergency care, thus providing a comprehensive and proactive vision for the future of the advanced practice emergency nurse. Their commitment to research, their clinical leadership and their collaboration with medical and management teams make the NPA an essential resource to guide the necessary adjustments.

This research offers a significant contribution by highlighting the importance of care pathways such as ERAS in the emergency room. The results will guide management in the necessary adjustments to strengthen the quality of care from reception to the emergency room by optimizing the clinical reasoning of NORs.