



**Master de Pédagogie en Science de la Santé**

**Rôle des aides-soignants dans les situations d'urgence**

**Emilie RIMBERT**

**Infirmière – Enseignante CESU / SimUSanté – Amiens**

**Sous la supervision de Véronique BRUNSTEIN**

**Cadre supérieure de santé**

**Responsable du service de formation continue – Strasbourg**

**Septembre 2022**

## **Remerciements**

Je remercie :

- Mes proches (le cercle familial et amical), les relecteurs
- Les équipes CESU et SimUSanté qui m'ont accompagnée et encouragée tout au long de ce Master
- Les personnes qui ont participé à l'étude et sans qui mon travail n'aurait pu aboutir
- Les responsables de l'encadrement et de supervision qui m'ont accordée leur confiance

## « Le couteau suisse »

# Quelles sont les représentations des médecins, infirmiers et aides-soignants en service de soins conventionnels sur le rôle des aides-soignants dans les situations d'urgence ?

## Résumé

**Mots clés :** représentations, aides-soignants, urgence, inter professionnalité, formation.

**Contexte :** en formation continue, lors du tour de présentation, les aides-soignants expriment des difficultés à trouver leur place dans les situations d'urgence. Cependant, ils ne sont pas seuls à agir en milieu hospitalier. L'étude s'interroge, alors ; sur les représentations qu'ont les différents intervenants sur le rôle de l'aide-soignant, ainsi que les aides-soignants sur cette dynamique interprofessionnelle.

**Méthode :** 10 entretiens individuels débutant par une situation d'urgence contextualisée ont été réalisés avec des médecins, des infirmiers et des aides-soignants parfois d'un même service. Cette vignette clinique et la participation d'aides-soignants ont permis de comparer le rôle prescrit et le rôle réel.

**Résultats :** les aides-soignants ne sont pas cités en première intention. Ils doivent repérer des codes leur permettant de déterminer une place en fonction du nombre de personnes présentes, du jour ou de nuit, du temps de prise en soins. Il existe une difficulté à définir les compétences et les performances attendues, ce qui renvoie à la question de leur légitimité lors des situations d'urgence. Les infirmiers sont reconnus pour intervenir pour les soins techniques et les aides-soignants pour la logistique et les soins relationnels. Le médecin est reconnu pour ses connaissances et son rôle de prescription.

**Conclusion :** tous les acteurs de santé ont un souhait d'optimiser le temps surtout dans le contexte de l'urgence. Pour une fluidité de compréhension des prises en soins, une solution retenue est la formation surtout en équipe pluri professionnelle. Pour l'utilisation du matériel, des ateliers pratiques sur le contenu du chariot d'urgence souhaité. Concernant la réassurance des tâches effectuées, un débriefing post urgence vitale est préconisé. Les aides-soignants ont surtout envie d'être utile et de ne pas gêner. On peut leur reconnaître des qualités d'empathie et de bienveillance dans la relation d'équipe. Il est important de valoriser le regard porté sur leur compétence

## Introduction

Les compétences des métiers de la santé sont des sujets vastes et complexes, d'autant plus qu'il s'agit d'un savoir agir pluri professionnel et interprofessionnel. En collaboration avec l'infirmier, et sous sa responsabilité, l'aide-soignant assure auprès des patients des soins d'hygiène et de confort. Il participe également à la surveillance des fonctions vitales et sait discerner le caractère urgent d'une situation de soins pour alerter les autres professionnels soignants.

Dès l'obtention du diplôme d'état, les aides-soignants sont titulaires de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence niveau 2 (AFGSU2). Ils vont pouvoir répondre à une de leurs missions : « *contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnelle dans différents contextes comme la prise en soins d'une personne dont l'état de santé altérée est en phase aiguë et la prise en soin d'une personne dont l'état de santé altérée est stabilisé* » (1) L'exercice professionnel va permettre à chaque individu de se construire par expérience, et en interactions professionnelles, selon un contexte d'exercice.

De mes vingt années d'expérience d'infirmière dans le pôle de médecine d'urgence dont dix à enseigner les situations d'urgence, je retiens la place pilier de l'infirmier dans les prises en charge en équipe. Je m'interroge sur le binôme avec l'aide-soignant, en effet celui-ci est fort et fonctionnel au quotidien mais que devient-il dans les situations aiguës ? d'autant plus dans les secteurs de soins conventionnels moins aguerris.

Les situations d'urgence doivent être nécessairement organisées pour optimiser la prise en charge. Lors des formations continues, pendant les présentations et l'expression des attentes, les aides-soignants expriment régulièrement des difficultés à trouver leur place dans les situations d'urgence. Pour eux, le travail d'équipe dans les situations d'urgence est principalement constitué du binôme infirmier-médecin, et se transforme rarement en trinôme. En milieu hospitalier, ils ne sont pas seuls à agir, cette place est dépendante de l'ensemble des acteurs intervenants. Comme la compétence repose sur une dynamique d'interaction entre l'individu et son environnement social, l'étude s'interroge sur les représentations qu'ont les différents intervenants sur le rôle de l'aide-soignant, ainsi que celles des aides-soignants eux-mêmes.

Les représentations jouent donc « un rôle fondamental dans la dynamique des relations sociales et dans les pratiques » (Abric, 1994). Pour la sociologie, elles détiennent la culture professionnelle, les valeurs au sein d'un groupe. En revanche, concernant la psychologie du travail, les représentations donnent signification aux activités et à leur contexte. Elles sont également psycho-sociales par leur système de relations entre l'individu, le groupe et l'institution. Dans cet espace de travail, une représentation sociale est définie comme « *un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes, elle constitue un système socio-cognitif particulier composé de deux sous-systèmes en interaction : un système central (ou noyau central) et un système périphérique* » (2) Selon Abric, le noyau central est la structure d'une représentation sociale qui lui donne son caractère stable et résistant au changement. Celui-ci s'organise autour d'un objet, par exemple l'objet « métier », et se nourrit de normes et de valeurs qui lui donnent sens. De plus, le noyau central détermine les conduites par rapport à l'objet, en justifiant les jugements et les attitudes. Si celui-ci est stable, c'est le contexte qui est mouvant, on parlera alors du système périphérique. Ce système est dit « *souple* », sensible au contexte c'est-à-dire au lieu, aux ressources, au moment et aux

individus. Cependant, il n'est pas que subit, il est aussi construit par l'activité des individus et leurs interactions. Pour entraîner une modification des représentations sociales, il faut réussir à atteindre le noyau central « *prescriptif et collectif* ». Le système périphérique est quant à lui « *fonctionnel* », dû à son aspect mouvant du contexte et des variations individuelles

Dans un article sur l'agir professionnel et son engagement, (3) l'auteur cite « *On n'apprend pas seul, on ne se forme pas seul mais on agit par soi-même* ». On pourrait ajouter : on n'agit pas seul dans les établissements de santé. Par conséquent, il s'agit pour notre population d'identifier la connaissance de son rôle, d'optimiser les performances attendues et de valoriser ses compétences.

## **Méthodologie**

### **Méthode de recherche**

L'objectif de la recherche était de décrire et d'analyser des données sans intervention du chercheur. S'agissant de sciences sociales et comportementales, une méthode qualitative a été choisie pour interroger les pratiques professionnelles, les expériences et la signification des représentations.

Les personnels participant à l'étude devaient être des volontaires. Des entretiens individuels devaient être réalisés avec des questions ouvertes suivies d'une analyse des données descriptives fournies par les réponses. Un outil de recueil spécifique a été utilisé. Tous les entretiens devaient débuter avec le même cas clinique. L'anonymat devait être préservé et une procédure écrite de recueil de consentement a été élaborée, identique pour tous. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été effectuée.

La recherche de volontaires devait passer par les cadres des services de médecine conventionnelle adulte après un contact préalable par téléphone, en coordination avec une Directrice des soins du CHU. Après accord, une lettre de recrutement leur devait leur parvenir, envoyée par mail. La proposition faite aux équipes médicales et paramédicales ne devait pas faire état de l'objectif réel de l'étude (perception du rôle de l'aide-soignant dans les situations d'urgence) et on devait proposer de participer à des entretiens sur le thème de la gestion de l'urgence en équipe. Pour ne pas être un frein à l'éventualité de travailler dans même service, les entretiens devaient être annoncés comme individuels et anonymes.

L'envoi d'un courrier était prévu pour spécifier qu'une situation d'urgence contextualisée était donnée dans le but d'échanger sur les pratiques, mais en aucun cas d'évaluer leurs connaissances théoriques. En raison de l'inter professionnalité quotidienne, le choix d'inclure des aides-soignants a été fait. En effet, ayant la possibilité de travailler dans un même service, il était intéressant de comparer les discours normatifs et descriptifs.

### **Modalité de recueil**

Une vignette contextualisée de détresse respiratoire d'un patient conscient, avec des signes de gravité tels que la cyanose, une polypnée et une respiration bruyante, a systématiquement débuté les entretiens. Cette situation fréquente, quelle que soit l'unité de soins, pouvait s'améliorer ou se dégrader en arrêt cardiaque. Cela évitait le biais de la définition

personnelle d'une situation d'urgence et du choix individuel quasi systématiquement porté sur l'arrêt cardiaque, situation prototypique suivant un algorithme commun à chaque service. Cette vignette clinique et la participation d'aides-soignants ont permis de comparer le rôle prescrit et le rôle réel grâce à l'insertion de variables.

Cette méthode est inspirée de la littérature sur les méthodes d'étude des représentations sociales d'Abric, psychologue social français. Selon lui, « *les études de représentation sociale devraient utiliser systématiquement (du moins sur des objets fortement marqués par des modèles normatifs ou idéologiques) la technique des contextes de substitution (...) cette technique est trop peu utilisée dans les études sur les représentations sociales* ». C'est d'ailleurs ce principe qui est à la base des méthodologies visant à explorer la zone muette des représentations sociales (4)(5).

Partant de cette situation, les interviewés devaient exprimer leurs pratiques et leurs discours. L'introduction de variables, tels que le nombre de personnes présentes, la nuit, en EHPAD, sans présence médicale ni paramédicale, etc. avait pour objectifs de rechercher un discours « *contre-normatif* » ainsi que des fonctions communes.

La technique du questionnement de l'entretien d'explicitation de Vermersch, sans pour autant mettre les interviewés en évocation, a été utilisée. Nous avons besoin de nous informer sur les actions de l'autre. Afin d'approfondir les données déclaratives, à la fin des entretiens, une recherche de la zone muette a été établie en donnant le motif caché de l'entretien. Le but étant de repérer des changements de discours. Concernant les tâches effectuées ou à effectuer, les thèmes des compétences, des performances et de la formation initiale explorés.

## Résultats

Pour des raisons de neutralité et d'anonymat, les professions nommées sont toujours employées au masculin

Dix entretiens ont été réalisés au cours du mois de mars. Les professionnels médicaux étaient un médecin et un interne. Les paramédicaux étaient constitués de quatre infirmiers et quatre aides-soignants. L'âge moyen était de 34,1 ans, ayant 7,7 ans d'expérience. L'étude a concerné six femmes et quatre hommes dont l'ancienneté de la dernière formation à l'urgence datait de 3,6 ans en moyenne.

Cinq services se sont mobilisés, avec au minimum deux professionnels de catégorie différente représentés à l'exception d'une unité de soins avec un représentant. La neurologie générale, les maladies infectieuses et tropicales, l'endocrinologie- maladie métabolique- nutrition et la cardiologie hospitalisations et hôpital de semaine constituent ces unités conventionnelles de médecine.

### Organisation et communication

La situation clinique se terminait par la question « comment vous organisez-vous ? ». Sachant que l'action se passait à onze heures, toutes les éventualités de ressources humaines étaient spontanément possibles. Une notion d'équipe au sens large, un appel à l'aide « *c'est un tas de soignants qui peuvent être utiles* » ont été évoqués. Pour autant, l'aide-soignant n'est pas apparu en première intention. Le plus probant a été un deuxième infirmier appelé par son

collègue infirmier en renfort. Quant aux aides-soignants, à l'unanimité, ils appellent aussitôt l'infirmier « *parce que moi je suis aide-soignant* », « *chacun ses compétences, un aide-soignant c'est un an de formation contre trois pour un infirmier* ». Les infirmiers confirment cette hiérarchisation par un manque de possibilité d'actions « *l'aide-soignant, il y a des choses qu'il ne saura pas faire* ». Puis le médecin est appelé si l'infirmier ne l'a pas fait ou dit à l'aide-soignant de le faire.

Pour les aides-soignants, le binôme médecin-infirmier est celui qui s'harmonise le mieux dans les situations d'urgence. Cela s'explique par l'importance des gestes techniques et des prescriptions à réaliser. Au quotidien, le binôme fort est celui de l'infirmier avec l'aide-soignant, qualifié de « *complémentaire, naturel, solide, en cohésion* » ayant plus l'habitude de travailler ensemble. L'infirmier devient alors « *relais* » entre les médecins et les aides-soignants puisque qualifié majoritairement de « *rare, voire inexistant* ». Il est plus facile pour l'aide-soignant de communiquer et proposer son aide à l'infirmier qu'au médecin, lui-même s'adressant plus facilement à l'infirmier. Le seul moment où ce trinôme s'impose, c'est la nuit car ils sont en équipe réduite. Malgré tout, il en ressort globalement un bon fonctionnement « *ça s'est bien passé avec un représentant de chaque maillon. Comme je vous disais.... Mais les 3 représentants savaient ce qu'ils faisaient* ». Les aides-soignants sont cités par leurs collègues comme des « *éléments d'alerte* », qui « *sentent le coup* », qui « *perçoivent plus facilement le changement d'attitude des patients* », « *le patient, c'est souvent à l'aide soign qu'il s'adresse, l'infirmier il le voit dans les soins (...) les patients ils nous disent, ils se confient beaucoup à nous, on passe du temps avec eux, on discute avec eux quand on a le temps* ». Ce travail collaboratif dans l'urgence s'imprègne de la collaboration au quotidien et est aidant si la communication est fluide en amont.

## **Compétences et performances**

Selon J. Tardif, « *la compétence correspond à un savoir-agir complexe qui se développe dans l'action* ». Il est donc difficile d'évaluer la compétence sans évaluer la performance. Dans les attendus cités lors des situations d'urgence, on retrouve la prise des constantes et leurs surveillances, la gestion du matériel et de l'environnement, le confort et l'installation du patient, ainsi que la réassurance de celui-ci. Ces missions sont définies au quotidien comme nursing, « *cocooning* ». Leurs actes se résument aux toilettes et à l'aide aux repas avec une vigilance des troubles de déglutition.

L'infirmier intervient pour les gestes techniques et les aides-soignants gèrent la logistique. Dans cette organisation, le médecin travaille avec l'infirmier, qui travaille avec l'aide-soignant, qui soutient l'infirmier et donc, de fait, le médecin. Cependant, l'aide-soignant est dépendant de l'infirmier et des missions qu'il lui donne. Les aides-soignants citent « *Attendre les instructions, suivre les directives, pas d'initiatives sans son accord* » car bloqués dans ces possibilités. Pourtant, leurs actions sont considérées comme des « *tas de petits actes* » tout aussi importants car l'ensemble des soignants souhaite optimiser le temps de prise en soins.

La situation d'urgence la plus établie est l'arrêt cardiaque. L'aide-soignant connaît ses missions, sait qu'il peut être autonome pour réaliser les premiers maillons de la chaîne de survie. Tous les interviewés ont spontanément cité la présence indispensable de l'aide-soignant lors d'une réanimation cardio-pulmonaire. Titulaire de l'AFGSU2, celle-ci a pour objet « *l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale* » (6). Néanmoins, à la question « *l'aide-soignant peut-il préparer*

le plateau d'intubation orotrachéale ? », personne n'a été capable de répondre, pour certains même de renvoyer la responsabilité à l'infirmier qui doit être le garant du binôme. Il a également été difficile d'obtenir avec certitude le niveau de formation reçu des aides-soignants dans leur formation sur l'urgence. Leur volonté majeure est « *d'être utile et de ne pas gêner* ». Toutefois, un complexe d'infériorité s'explique par un manque de compréhension de la situation et des instructions, illustré par « *on peut essayer d'aider quand on s'y connaît* ».

Leur rôle est parfois actif, parfois passif. Il est fonction de multiples variables, du besoin de « *mains supplémentaires* » par exemple si un patient est au fauteuil, de la temporalité comme la nuit ou sur une prise en soins qui dure si le site est éloigné du renfort. Souvent, en fonction des directives, les aides-soignants restent dehors s'il y a besoin de matériel, « *au cas où, si soucis* ». En revanche, dès qu'il y a trop de monde, ou que les renforts médicaux arrivent, ils se mettent spontanément en retrait. Ils ne se sentent plus « *d'utilité à rester* » mais pensent à la gestion du service, à être disponibles pour les autres patients et à avancer le travail.

Ces situations d'urgence en médecine sont peu fréquentes, sauf peut-être l'arrêt cardiaque en cardiologie. Elles engendrent du stress et leur rareté créent un manque de pratique et d'habitude qui font douter les soignants sur les bons gestes et attitudes à adopter. On constate un besoin important en formation continue, et surtout en équipe pluri professionnelle.

Un consensus concernant le chariot d'urgence existe en termes de connaissance de sa composition et de sa nécessité pour une fluidité de prise en soins. Un des réflexes des aides-soignants est d'aller le chercher « *tout en pensant bien à le débrancher* ». Malgré tout, ils en restent là, ils ne l'utilisent pas, hormis le matériel de réanimation comme le défibrillateur et le ballon insufflateur. Deux freins ont été évoqués : une méconnaissance de son contenu et une méconnaissance de son utilisation « *on se pose toujours la question, est-ce que ça je peux le faire ? Est-ce que je peux le faire parce que sortir un médicament... mais est-ce que je ne vais pas me tromper ? Est-ce que j'ai le droit de le sortir ? Est-ce que ? C'est toujours la même question* ». Une solution est envisagée et réclamée par les infirmiers : ils souhaitent une vérification en binôme pour ancrer les termes des dispositifs médicaux « *il entend les mots et il connaît un peu le listing* ». Un autre frein a été souligné, majoritairement vérifié la nuit, « *l'infirmier se retrouve plutôt seul pour le faire, soit parce que l'aide-soignant est débordé, soit parce que l'aide-soignant s'occupe des commandes, donc il y a tellement de tâches* », la contrainte de nuit ne facilitant pas le roulement des équipes.

Pour conclure, un parallèle a été fait par les infirmiers sur le rôle de l'aide-soignant et la similitude de l'infirmier débutant face à l'urgence. L'ancienneté des aides-soignants les a rassurés. Je cite « *par expérience, on a toujours besoin d'un aide-soignant* ». Leur inquiétude commune étant d'oublier ce qu'ils avaient appris sur la gestion de ces situations

## Discussion

Cette étude a mis en exergue l'importance de la formation en équipe et ce, dès la formation initiale, avec toute la complexité des compétences techniques et non techniques mobilisant le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Il est important de travailler à la fois sur la reconnaissance et la compréhension de la situation, tout en maintenant une communication et une interaction en recommandation avec les bonnes pratiques.

Selon la fiche métier ([www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)), « *l'aide-soignant collabore étroitement avec le médecin et l'infirmier, réalise des soins sous le contrôle d'un infirmier et*



*collabore avec lui pour la réalisation des soins aigus* ». Les contraintes de programmation des enseignements font que chaque filière médicale et paramédicale, en formation initiale, passe son module d'urgence par unité de formation. Il est difficile de procéder autrement, mais il serait souhaitable d'intégrer des unités d'enseignement communes. Comme définit J.F. Blin, l'identité professionnelle est « *paradoxale* ». Elle se construit par la confrontation de la similitude et de la différence. Des mises en situation interprofessionnelle permettraient très tôt de développer les compétences humaines et comportementales, appelées aussi « *soft skills* », mais aussi de renforcer la mobilisation « des ressources internes et externes dans des familles de situation » (J. Tardif), grâce à l'action appropriée aux champs d'activités. Concernant la formation continue, l'idéal serait cette inter professionnalité lors des formations à l'urgence permettant de travailler les positions hiérarchiques, les interactions, la communication ainsi que la prise de décision individuelle et commune. Nous ne pouvons qu'appuyer cette volonté ainsi que souligner l'importance de la présence du trinôme médecin-infirmier-aide-soignant. La formation expérientielle définie par Kolb permettrait de modifier les représentations et les comportements.

Nous souhaitons savoir si les infirmiers n'étaient pas le frein à l'engagement des aides-soignants dans les situations d'urgence. Fortes de leur complicité au quotidien, ces deux professions doutent malgré tout de leurs compétences individuelles face à l'urgence. Pour favoriser l'engagement professionnel (3), trois facteurs sont nécessaires tels que « *la confiance en soi, l'expérience et le besoin de reconnaissance ou la quête de légitimité* ». Nos résultats mettront en avant une certaine hésitation chez les infirmiers qui sollicitent en premier lieu un collègue infirmier en renfort plutôt qu'un aide-soignant. L'ancienneté des aides-soignants a été mise en avant par les infirmiers jeunes diplômés dans leur accompagnement. Quant au besoin de reconnaissance, il est soulevé par les aides-soignants sur le regard porté par les médecins.

Finalement, la difficulté pour les aides-soignants est d'être soumis aux aléas fonctionnels de la prise en soins, tout en ayant des doutes sur leurs compétences. Il est donc important lors des formations de créer des expériences et d'en dégager des principes favorisant l'adaptation en contexte d'incertitude. C'est pour cela qu'il nous semblait intéressant d'interroger des aides-soignants, pour comparer le regard de l'autre avec le regard de soi.

Le statut de l'aide-soignant conditionne son positionnement et celui des autres, « *C'est le garçon de café de Sartre qui joue aux garçons de café* » (J.P. Sartre, *L'Être et le Néant*, 1943, p.98-99). Ils se conforment à ce que l'on attend d'eux, comme le nursing, mais n'envisagent que très rarement d'être force de proposition. Leur regard était intéressant afin d'apprécier ce qu'ils savaient et comprenaient des situations.

La modification du décret des aides-soignants de juin 2021 augmente leurs compétences par délégation d'actes au titre du rôle propre de l'infirmier. Il faut donc les préparer à ce degré d'autonomie et modifier les regards des autres qui parfois les rétrogradent « *moi je suis bon pour eux à faire des toilettes donc je fais des toilettes* ». La confrontation des cultures professionnelles permettrait certainement d'atteindre le noyau central, élément définissant l'identité de la représentation.

Cependant, une limite est la prise en compte du caractère individuel dans les relations humaines. Finalement, peut-on généraliser ce besoin de trouver sa place au regard des dix entretiens réalisés ? Une étude complémentaire avec un plus large échantillonnage serait nécessaire pour étayer et approfondir cette analyse. Cette méthode qualitative nous a permis une première orientation qui pourrait être complétée selon les schèmes cognitifs de base. Ce modèle développé par Rouquette en 1990, propose « une conception formelle des différents

types de relations qui peuvent relier les éléments d'une représentation ». Comme il s'agit de stratégies aux enjeux identitaires, ce modèle permettrait de définir les mécanismes cognitifs établis sur les représentations sociales.

Quant aux zones muettes, définies par Guimelli (2000) comme un ensemble « (...) *de cognitions, qui, tout en étant disponibles, ne seraient pas exprimées par les sujets dans les conditions normales de production* », ont-elles été suffisamment exprimées ? Plusieurs techniques décrites dans les méthodes d'études des représentations sociales (Abric, 2005) évoquent la possibilité de rechercher plus en profondeur cette zone cachée. Le but étant de la révéler pour toucher le noyau central et pouvoir le modifier. L'expression verbale est une limite à l'exposition du discours contre normatif. Quant à un questionnaire, il doit être élaboré finement pour que le corpus ne puisse pas deviner la réponse idéale, dite normative.

Chaque soignant a pu se projeter dans cette situation de détresse respiratoire et évoquer spontanément d'autres situations comme l'hypoglycémie, l'accident vasculaire cérébral ou un coma. Ils ont spontanément réussi à dégager les éléments communs de l'activité. Quant à la gestion du matériel, et plus précisément du chariot d'urgence, il existe une difficulté d'appropriation de celui-ci. Son contenu est à démystifier et à rendre plus explicite. Il est abordé durant les vingt-et-une heures d'AFGSU2 sur l'année de formation. Il est à considérer comme un apprentissage à part entière de la formation, et non seulement à apporter lors des mises en situation. Une solution pourrait être de le considérer comme l'apprentissage d'un geste, par des ateliers en petits groupes favorisant la motivation et la mémorisation.

Un autre élément est apparu, citons un aide-soignant « *mais ça m'a perturbé si je n'avais pas fait ce qu'il fallait, Nous, après bon, voilà des fois on n'est pas bien, moi ça m'est arrivé de pas être bien. Après de pas savoir si j'avais fait les bons actes* » révélant une incertitude de prise en soins post urgence vitale. L'expérience nous enrichit mais si elle est nourrie de doutes, quel impact cela a-t-il sur la légitimité ? Au-delà d'identifier un évènement indésirable, un retour d'expérience post urgence vitale pourrait être implanté pour la réassurance des tâches effectuées.

Selon le guide de l'HAS, sur la gestion des risques de 2017, « *une équipe est composée de plusieurs professionnels de santé qui collaborent, s'entraident et se coordonnent pour atteindre des objectifs partagés, centrés sur la prise en charge du patient, et dont ils se sentent collectivement responsables* ». Ainsi, une connaissance, une compréhension et une intégration des situations vécues permettrait de modifier durablement les comportements individuels et collectifs.

## Conclusion

Selon Abric, « *la représentation sociale se structure en éléments organisateurs, stables et non négociables (formant le noyau de la représentation) autour duquel des éléments périphériques instables et négociables exercent le rôle de tampon à la réalité* ». Cette étude expose une méconnaissance de la formation et des compétences des aides-soignants. Il est réducteur de résumer leur rôle au nursing. Ils ont une place prévalente dans la transmission d'informations sur le patient du fait de leur relation soignant-soigné.

Le titre, « Le couteau Suisse » est le propos d'un médecin sur leur rôle pour définir leur fonction pivot dans les services. Concernant les situations d'urgence, l'apprentissage par l'action, sur l'action et en équipe pluri professionnelle, permettrait d'atteindre la structure des représentations sociales et de les faire évoluer

## Bibliographie

1. République française. Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel, n° 0135 du 12 juin 2021, texte n° 17.
2. Abric J-C. L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. Psychologie et Société. 2001, 4(12) : 81-103.
3. Lheureux F., Rateau P., Guimelli C. Hiérarchie structurale, conditionnalité et normativité des représentations sociales. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2008 ; N° : 77 :41-55.
4. Mohib N. Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel. Formation emploi. Revue française de sciences sociales. 2011, N°114 : 55-71.
5. Guimelli C, Piermattéo A. Expression de la zone muette des représentations sociales en situation d'entretien et structure discursive : une étude exploratoire. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2012 ; N°94 : 223-247.
6. Abric J-C. Méthodes des représentations sociales. Toulouse : Erès ; 2005, 296 p. (Hors collection)
7. République française. Arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. Journal officiel, n° 0155 du 6 juillet 2019, texte n° 24.
8. Blin J-F. Représentations, pratiques et identités professionnelles. Paris Montréal : Éd l'Harmattan ; 1997, 219 p. (collection Action et savoir).

## Auteurs cités

**Abric J.C.**, psychologue social français, ses recherches portent notamment sur la théorie des représentations sociales

**Blin J.F.**, Docteur en sciences de l'éducation, il a contribué à l'élaboration du modèle d'analyse du Système des Activités Professionnelles

**Guimelli C.**, Directeur du Département de Psychologie Sociale et du Travail de l'Université de Provence de 1997 à 2010, ses recherches portent sur les représentations sociales.

**Kolb D.**, pédagogue américain, ses travaux portent sur l'apprentissage par expérience

**Roquette L.M.**, professeur de psychologie sociale, ses ouvrages explorent la pensée sociale

**Tardif J.**, professeur à la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke et psychologue scolaire de formation, spécialiste de la pédagogie universitaire et de l'approche par compétences.

**Vermersch P.**, psychologue et psychothérapeute de formation, il a élaboré la technique de l'entretien d'explicitation.

## **Annexes**

### **Voici le cas contextualisé utilisé dans le cadre du travail de recherche**

#### **Situation :**

En service de soins conventionnels de médecine d'un centre hospitalier, il est 11h00 du matin. Vous prenez en soins Mr Acery Marc, âgé de 75ans, hospitalisé pour AEG et maintien à domicile difficile.

#### **Antécédent :**

HTA traité par Coversyl, diabète type 2 traité par Amarel.  
Il présente une plaie inflammatoire au talon droit.

#### **Evaluation :**

Le patient sonne, un étudiant en santé va répondre. Celui-ci vous interpelle car le patient lui a dit « avoir du mal à respirer ». Quand vous rentrez dans la chambre, vous identifiez une polypnée, un début de cyanose aux lèvres et une respiration bruyante.

#### **Demande :**

Comment vous organisez-vous ?

Selon le modèle, [Haute Autorité de Santé - Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé \(has-sante.fr\)](http://has.sante.fr)

## Grille entretien

<b>Étapes</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Formules – Questions</b>
<b>Début d'entretien</b>	Briser la glace	Échange d'expérience et non évaluation des connaissances
	Établir un contrat	Rappel d'anonymat, s'engager à transmettre l'étude finalisée
<b>Profil sociologique</b>	Connaitre le corpus	Age ? Parcours professionnel ?
	Etablir les connaissances antérieures	Quelle est la date de votre AFGSU2 ? Avez-vous reçu d'autres formations à l'urgence ?
<b>Vignette clinique</b>	Caractériser l'activité	Comment vous organisez-vous ? Vous êtes le 1 <sup>er</sup> alerté par l'étudiant
	Caractériser la pratique	Quelles seraient vos missions ? Les attendus
	Caractériser la collaboration	Quel est le nombre idéal ? Participation à la vérification du chariot d'urgence
	Qualifier le : Pairs-affiliation	Un mot pour qualifier le binôme AS-IDE ? IDE-Doc ? Doc-AS ? Le trinôme ?
<b>Légitimité</b>	Reconnaissance identitaire	Connaissez-vous leur formation ? Connaissent-ils vos compétences ? Préparation du plateau d'intubation
<b>Variables</b>	Mesurer les écarts	Et la nuit ? En EHPAD ? Si en 1 <sup>er</sup> , c'était... Dans les autres services exercés
<b>Zone muette</b>	Chercher le discours normatif ou contre normatif	Et si je vous dis que les AS ont du mal à trouver leur place dans les situations d'urgence, qu'en pensez-vous ?
<b>Pistes</b>	Expliciter la problématique	Pour quelles raisons ? Récurrence, évitement, résistance etc. Quelles solutions ?
<b>Libre</b>	Expressions spontanées	Avez-vous des choses à ajouter ? Questions ? Interrogations ? Remarques ? Compléments ?
<b>Fin</b>	Remerciements	A bientôt en formation

## Verbatim et listes des catégories

### Ancienneté :

- Un peu plus avec les nouvelles parce que nous dans le service y a eu pas mal de renouvellement chez les aides-soignantes
- C'est l'expérience
- On est une équipe assez jeune, on avait quand même une ancienne qui était là depuis plus longtemps et qui avait plus l'habitude et qui nous ont donné la base en fait (d'accord) qui nous a doublé
- C'est l'expérience et le compagnonnage qui fait que, mais c'est surtout lié à l'expérience
- Les AS sont top, sont top parce qu'elles ont de l'expérience, 5 -10-15 ans de métier déjà, elles anticipent les problèmes et super sécurisants, parce que là par exemple, on était plusieurs arrivées, nouvelles arrivantes dans le service et plus jeunes et plusieurs jeunes diplômées alors ça fait double peine !
- Le fameux « je ne le sens pas »
- Il y en a une qui a de l'expérience elle vient de réa donc forcément elle a de l'expérience, on en a 2 qui sortent des cours donc qui n'en ont pas
- Les gens postés de nuit ce sont des anciens
- Mais je ne sais pas si par le nombre ou de expériences parce que le mieux. Je préfère avoir un infirmier qui a l'habitude que deux jeunes par exemple
- Qu'on s'attarde moins sur le statut mais plus sur la compétence
- Parce qu'elles sont jeunes, diplômés où qu'elles n'ont jamais rencontrés de situation comme ça, mais on en a quelques-unes ici, c'est elle qui nous apprend quoi, presque
- Et les anciennes aides soins ouais pour aider les nouvelles infirmières,
- Après il y a des anciennes qui sont un petit peu moins à l'aise parce qu'elles ne connaissent pas le tout le matériel parce que ce n'est pas une habitude

### Arrêt cardiaque :

- Mais en première intention, c'est l'aide-soignant qui masse.
- Les aide soins qui vont plus être dans l'accompagnement médecin, euh, ventiler, masser, tout ça !
- Sur les urgences ça dépend, s'il y a arrêt, il y a nos aide soins qui sont là qui commencent au début
- Il a fait un arrêt tout de suite, donc j'ai massé tout de suite, ça peut être même un massage cardiaque ou quoi
- Voilà, ça dépend des situations, mais là, l'aide soin peut être à la fois couteau Suisse plutôt. Passif, mais qui sert quand même où complètement actif comme sur un massage cardiaque ou sur autre chose
- Chariot d'urgence peut être pas ça que bah on Sort. Pas forcément après quand il y avait des arrêts, des arrêts cardiaques ou des grosses urgences
- Elles interviennent pour masser déjà souvent, elles vont elles vont chercher le chariot d'urgence, elle téléphone au SAMU quand c'est nécessaire, si le médecin il est présent et puis que on Pas besoin d'appeler Samu, celle qu'ils le font. Elle nous aide à masser et puis elle nous elle mettre le ballon ensuite, d'accord, je gère le BAVU
- Ça arrive, ça dépend comment se passe la nuit et avec qui on fait la nuit

### Chariot d'urgence :

- Infirmière tout de suite, l'infirmière, le chariot d'urgence ;
- Réalité dès qu'on arrive dans le service déjà il faut le demander où il est
- L'urgence faut-faut bien aller chercher le chariot
- Elles doivent connaître la composition du chariot.

- Ben nous, tous les mois, on vérifie tout, et nous, toutes les semaines de nuit, alors, en binôme IDE-AS, on vérifie le chariot d'urgence une fois par semaine en binôme.
- La plupart du temps, l'infirmière se retrouve plutôt seule pour le faire. Soit parce que soit l'AS est débordée, soit l'AS elle s'occupe des commandes, donc il y a tellement de tâches que voilà, de le faire ensemble parce que comme ça, elle entend les mots et elle connaît un peu le listing. Elle comprend...
- Étonnement étonné puis finalement oui. Je n'ai jamais eu de refus !
- Je prends le chariot d'urgence on ne nous explique pas le chariot d'urgence donc on est perdu
- On essaye de faire une ide -1 as ce qui ne se faisait pas avant ! à la demande des infirmières
- Parce que c'est vérifié la nuit
- C'est vrai que c'est compliqué même si on m'a déjà dit plusieurs fois entre guillemets, c'est souvent les infirmiers n'y a pas d'aide soins qui nous aident à faire les chariots d'urgence. On n'arrive pas à le mettre en place Parce que justement le chariot, Ben, il faut apprendre à le connaître donc parce qu'il juge réellement que c'était surtout nous. Leur mission s'est de l'apporter et puis après de répondre ponctuellement aux demandes
- On peut le ramener (d'accord) oui oui on peut ben si elle dit ramène le chariot, je le débranche et je vais le ramener
- Alors je l'ai fait une fois ou deux quand j'étais de nuit avec ma collègue, on a vérifié ensemble effectivement mais ça c'est quelque chose justement j'en parlais il n'y a pas longtemps ou il faudrait justement le faire, profiter un jour où par ex il est ouvert on s'en est servi pour bien... parce que c'est vrai si on nous demande une certaine spécificité. On ne sait pas forcément où ça se trouve, ça serai bien de savoir si, ... donne-moi une ampoule ... euhhhhh
- On le vérifie oui, enfin c'est vérifié ... je ne pourrais pas vous dire tous les combien...
- C'est vraiment plus les les infirmiers
- On ne nous a pas appris, on nous a expliqué comment a été composé chariot d'urgence, comment ? Voilà...

#### **Communication :**

- Habitude de service de travailler ensemble quel que soit la situation donc cette habitude et cette chance, là ! donc voilà
- On a une communication on est plus, sinon dans l'histoire, on est plus, c'est plus aide-soin-infirmier /infirmier médecin, voilà ! après on peut faire un lien aide-soignant-médecin et ça peut arriver
- On est une bonne équipe, on est solidaire
- Et si tu faisais tes preuves après on vient t'aider, si tu ne fais pas tes preuves après on te laisse te débrouiller
- Mais quand même. Comme quoi ça peut être, faut faire attention aussi même entre nous, ça peut être perturbant
- C'est bien peut être quand on fait des arrêts peut être d'en parler, de dire « ben alors ça s'est bien passé ou si quand ....
- C'est très médecin dépendant. Et même Infirmier dépendant puisqu'en fait, bah ça il y a une certaine hiérarchie quand même mais je pense c'est toujours de l'expérience, elles ont de l'expérience, c'est peut-être plus. Elles arriveront à s'imposer. En tout cas, savoir ce qu'elles peuvent naturellement faire. Naturellement proposé.

#### **Compétence :**

##### **Performance :**

- Pour s'occuper du voisin ; pour gérer un petit peu le service, ce qui serait l'environnement

- Pour protéger la prise en charge du patient qui en a besoin
- Des tas de petits actes qu'elles peuvent faire. Des positionnements de patients aussi à faire on a besoin de bras et de bras professionnels ; j'aurais du mal à donner la liste
- Besoin peut être d'un renfort ou d'un regard extérieur ou de matériel ce serait... ; dans l'action « qu'est-ce que je peux faire » enfin avoir voilà ; quoi que je fasse ce sera utile ; qu'est-ce que je peux faire pour vous utile... l'envie d'être utile mais qui peut être le propre du de l'aide soins mais ; je pense qu'elles devraient avoir plus de place.
- Le patient et s'il arrive à communiquer c'est de recueillir des informations ; « est-ce que ça va ? est-ce qu'il y a quelque chose ? est-ce qu'on peut faire quelque chose ? au cas où !
- Moi je pense qu'on a notre place, On est le-la plupart du temps avec le patient, ce sont les aides-soignants donc on voit régulièrement et on voit leur ; par exemple ; si l'état se dégrade.
- Préparer les éléments, si-si faut réanimer le patient, voilà, il faut mettre en place un matériel. Tout matériel, normalement, on est capable de le faire
- Surveillance des constantes, surveillance de l'état du patient, le réassurer s'il est conscient, les soins vraiment relationnels et puis euh... sur leur rôle aussi ! au point de vue, IDE se serait plus les soins techniques, je serai plus utile avec les autres patients
- Pour assurer le confort du patient ou je ne sais pas pour aller chercher une protection ou pour sortir courir et aller chercher du matériel
- Une AS mettre un Masque Haute Concentration 15l par ex, mais pas vu encore mais peut être qu'elles le font en situation d'urgence si nous on est débordé, je ne sais pas.
- Les positions en général, les patients sont toujours bien positionnés
- On dit on fait ça pendant ... qui s'occupe des patients entre deux
- Exemple mon collègue, lui il serait en dehors de la chambre au cas où on a besoin de quelque chose il est là
- De prendre les constantes, peut-être d'appeler le médecin
- « Mr A vous m'entendez, ça va aller vous n'inquiétez pas » je le rassure, ben déjà, ça dépend où il est, s'il est dans son lit, s'il est au fauteuil
- Tout dépend, je ne sais pas si elle a besoin de quelque chose ou je ne sais pas d'aller chercher un pochon de G5, Donc je vais lui chercher ce dont elle a besoin, je vais l'aider dans ses soins si, voilà, si faut faire un ECG je vais avec l'appareil l'aider à mettre les patches, on va brancher ensemble par ex
- Moi je ne peux pas si l'infirmière elle est là il y a des actes que je ne vais pas pouvoir faire
- À la limite je suis un peu en arrière, puisque ce qu'il va lui demander ce sont plus des actes techniques que nous on n'a pas le droit de faire
- Donc je vais rester je vais me mettre en retrait un peu mais bon après je ne sortirai pas de la chambre
- Il a 75 ans il n'a pas de protection
- Après oui je ne vais pas aller chercher des trucs, si elle ne me dit pas y'a que chariot de réa où ça j'irai le chercher en mettant en attente en disant au moins s'il fait un s'il fait un arrêt et on, je suis moins on peut le faire tout de suite voilà.
- Après je ne prendrai pas d'initiatives sans son accord, par contre d'accord, Voilà je le valide par elle
- D'être un peu en 2e ligne en renfort si si besoin de de main supplémentaire
- Un rôle qui peut être changeant par contre effectivement si plus couteau-suisse, parfois plus actif si si, il y a complètement un rôle
- C'est l'aide plus ou moins en fonction
- Qui reste à l'extérieur si on a besoin de quelque chose, après ça dépend de ce que l'on fait déjà !



- Souvent aussi je libère l'espace pour faire de la place, quand je vois que ça complique, je vire la table, je vire les trucs qu'il y a autour pour faire de la place
- AS du nursing. Sans problème de cocooning.
- Je vais suivre généralement, je vais suivre les directives qu'elle va me donner. Si elle me dit par exemple, d'aller chercher. Par ex un masque haute concentration ou je vais aller chercher l'interne ou autre
- Après finalement je vais plus être là en soutien pour l'infirmière ça fait normalement après y a l'interne qui va arriver direct donc direct donc c'est vrai aussi qu'il va dire à l'infirmière est ce qui veut.
- On va, on a fait ce qu'on ce qu'on pouvait faire après faut pas non plus voir bah dépasser de sa fonction. Il y a des choses que nous, forcément on est bloqué et va pouvoir faire
- J'étais là. Un peu plus en soutien. Enfin, sinon, je vais vous faire les choses pour vous avancer comme ça
- Être là un peu en pivot, Oui après bah si on est en nombre, s'il ne veut pas donc ça ne sert à rien, non ? On ne va pas l'envoyer, on peut, limite, il va rester dans le service, il va s'occuper des autres patients
- Aider sur autre chose pour avancer de permettre à nos collègues Pour aider les collègues à pas finir trop tard.
- L'aide-soignante y a des choses qu'elle ne sera pas faire
- Pendant qu'elle cherche le chariot d'urgence qu'elle appelle en même temps qu'elle courait, tout ça va nous ont déjà comme déjà en train de de de de de faire, de prendre un dextro, redresser la personne ou de l'allonger Il commencer à masser
- En Ehpad elle se débrouille, voilà avec les Moyen du bord Qu'elles ont, ouais.
- À quand on est élève aide-soignante, on nous apprend à faire des toilettes On nous apprend à repérer des anomalies chez les patients, donc parce qu'on passe du temps avec eux, donc donc à repérer
- L'entrée de la Chambre pour pouvoir aller le courir à droite à gauche

#### **Sentiment / perception :**

- Alors euh peut être pas ... qui en première, ... il y a toujours une AS qui est là, en général (la voix baisse) Enfin elle a une grande enfin une place aussi très importante
- Mais en tout cas je sais que les AS vont souvent se sentir très rétrogradées, à une place qu'elle ne mérite pas par les internes souvent mal vues pas prise en charge on ne les écoute pas on ne les regarde pas. Et donc souvent les AS se sentent laissées par rapport à ça et donc peut être qu'elles vont s'extraire
- Sentiment d'infériorité. Ouais tout simplement, tout court, ou professionnellement autant que, au temps personnel. Oui, peut-être qu'elles ne veulent pas nous gêner ? et donc elles attendent qu'on leur demande pour pouvoir ne pas nous gêner, oui.
- Et mais il y a y avoir une différence de statut parce que les internes vont plutôt « non non-AS pff » mais limite j'ai vu déjà dans une chambre où l'AS va vouloir répondre parce qu'elle a la réponse et non l'interne va que me regarder et je vais lui dire ben non-X a raison
- Quand on pas l'habitude de faire forcément on est perdu. Y a aussi des termes qu'on ne comprend pas forcément quand le médecin il arrive on ne comprend pas tout ce qu'il dit
- Après l'aide soins une fois qu'on a fait ce qu'on avait à faire on ne peut pas dépasser nos autres fonctions, enfin je veux dire, on peut essayer d'aider quand on s'y connaît, d'essayer à sortir le (mince...) les petites ampoules de...
- Tu ne vas pas m'handicaper plus que ça. Enfin je veux dire autant que tu regardes justement comment ça se passe et c'est que si tu vois que tu peux ben tu y vas
- Y a déjà du monde avec des médecins, après si on nous appelle pour dire vient ... souvent ils font tout automatiquement, ça va assez vite

- Même si ce n'est pas mon secteur même si j'irais quand même voir si je peux faire quelque chose et si je vois qu'elles gèrent et ben c'est tout
- Ben je ne pense pas que ce soit dans nos... mais justement, alors ça on ne le sait pas, ben nous on ne s'est pas où se placer justement qu'est-ce qu'on peut faire ou on ne pas faire alors dans l'urgence peut être qu'on le ferait des choses que l'on n'a peut-être pas le droit de faire mais je ...
- Parce que en fait le patient en plus, quel que soit le patient c'est souvent à l'aide soignante qu'il parle, l'infirmière lui il voit l'idée dans les soins mais en fait il y a beaucoup de choses que, enfin moi, je pense que mes collègues c'est pareil, on répète on leur répète parce que les patients ils nous disent, ils se confient beaucoup à nous on passe du temps avec eux on discute avec eux quand on a le temps on discute avec eux
- Du coup moi je pense que moi on me dirait ça, ça me déstabiliserait dans le sens où je me dis « ben, en fait, ce n'est pas que je ne sers à rien ce n'est pas ça que je veux dire mais en fin de compte elles ont pas besoin de moi donc limite on ...
- Avec chacun ses compétences, sinon il n'aurait pas un an et trois ans de formation
- Ben oui. Nous, après bon, voilà dès fois on n'est pas bien, moi ça m'est arrivé de pas être bien. Après ouais pas savoir si j'avais fait les bons actes, j'étais contente en fait, mais ça m'a perturbé si je n'avais pas fait ce qu'il fallait
- le Personnel médical a déjà du mal à prendre en compte l'infirmière ou l'infirmier. Ce n'est pas pour être méchant, mais je n'imagine pas ce que ça doit être pour AS
- Il y a oui hiérarchiquement parlant si le médecin dit non tu ne fais rien. Bah la pauvre même si elle sait faire, elle ne fera rien
- L'aide-soignante a son rôle à prendre en fonction de l'urgence, mais de toute façon, dans toutes les urgences, elle a un rôle, c'est juste qu'il sera plus ou moins prépondérant. Mais oui, alors elle a son rôle puisqu'en fait, il. Voilà, parce qu'elle va franchement aider déjà l'infirmier qui est sur place. Complètement son rôle puisque en tout cas, moi personnellement, à chaque fois que j'ai eu des urgences plus ou moins urgente. Elle a quasiment toujours eu un rôle à jouer. Après quand l'urgence est justement est moindre, bah là elle a moins un rôle à jouer mais dans la mesure où c'est, c'est moins urgent
- Et puis après malheureusement l'aide soignante, on est là au cas où s'il y a quelque chose à faire. On est là s'il y a un souci, si. Il faut aller chercher quelque chose à rapidement, mais on est là, on est en soutien pour
- En tant qu'aide-soignante, non je ne vais pas le sentiment d'être capable
- Ce n'est pas une question qu'on n'est pas bien préparé, c'est qu'en fait on est restreint dans nos, dans nos, dans nos gestes. On est en fait dans notre tête. On il y a plein de choses qu'on ne peut pas faire parce qu'on est que aides-soins, donc on se contente toujours de faire le minimum. Et du coup, on se pose toujours la question, est ce que ça je peux le faire ? Est-ce que je peux le faire parce que sortir un médicament mais est ce que je ne vais pas me tromper ? Est-ce que j'ai le droit de le sortir ? Est-ce que c'est toujours la même question ? Moi je pour ma part je j'avais vraiment le sentiment que le jour où je me retrouve face à une urgence avec le chariot d'urgence mise à part éventuellement sortir le BAVU sortir défibrillateur et masser le reste pff
- Le fait que dans le référentiel, on est tellement contrainte à être juste là pour faire les, le, le laver les patients
- Tous les jours, il y a. Il y a tellement de soins qu'elle pourrait faire qui permettrait justement de leur donner plus ce sentiment de légitimité auprès des infirmières
- On réduit le métier de d'aide-soignante à peau de chagrin et. Ah, on est juste bon à laver les patients quoi ? Vraiment, c'est le sentiment que j'ai
- Expérimenté mais ça n'empêche que on sait qu'on on nous répète tout le temps les médicaments, c'est la touchez pas. Donc on ne touche pas

- Elle prend en charge donc du coup moi je n'y vais pas même Je peux aider parce que je vais finir le travail qui est à faire de l'autre côté. Ouais, il me reste encore 10 Toilettes à faire de l'autre côté.
- On nous les explique toujours. Le mécanisme de la pathologie. Les examens qu'on fait, les traitements qu'on donne et les conduites à tenir. Mais les conduites à tenir, c'est toujours sommaire. Quoi réagir, ce n'est jamais, (alors que c'est la partie) s'est jamais dans sait jamais, c'est vraiment toujours la pathologie et si jamais ça ne va pas trop mal si ça va être enfin si ça va pas trop bien à ce moment-là. Une conduite à tenir mais sait jamais si ça se dégringole que l'état de santé de se dégradent brutalement, comment on fait ça ? Ça n'arrive pas, on ne voit pas

## **Equipe :**

### **Binôme aide-soignant/infirmier :**

- Vrai travail collaboratif.
- Aide-soignant -infirmier, on est-on est, c'est un complément, le plus fort.
- Se serait plus sur le relais.
- Moi, je sais que c'était qu'au final, c'est elles qui m'ont beaucoup, beaucoup formé. Elles ont plein de petites choses il y a une collaboration directe qui est déjà plus installée au quotidien, on essaye de travailler au maximum ensemble
- Je sais mon rôle, je sais que l'ide elle fait des choses, je connais ma place, je connais la place de l'ide mais je pense que dans ce genre de situation on est vraiment un binôme c justement là que l'on est un binôme
- C'est quand même l'aide de l'infirmière est beaucoup plus fort, beaucoup plus solide, beaucoup plus d'expérience, beaucoup plus l'habitude de travailler ensemble.
- C'est ce binôme qui aide le médecin
- Complémentarité
- . Cohésion

### **Binôme infirmier/médecin :**

- Je dirai plus infirmiers-médecins, c'est entre eux, « ça match »
- Après infirmier-médecin se serait prescription
- Médecin, infirmier, c'est, c'est le médico-légal
- Prescription

### **Binôme aide-soignant/médecin :**

- Aide soins-médecin, sur l'accompagnement
- Après je ne sais pas s'il va faire la différence si c'est moi dans la chambre ou l'infirmière
- Mais je sais que les neurologues aimeraient bien qu'il y est toujours une aide soin pour les représenter aux transmissions de 9h00
- J'espère qu'il est sympa (rires)ben après on essaye de faire au maximum s'il m'explique de sortir ...euh je peux quand même avancer, c'est une urgence donc euh si on dépasse nos...
- Mais les médecins généralement, l'aide soin...c'est plus compliqué, l'aide soin c'est faire des toilettes quoi !
- Les aides soins bon souvent, c'est quand même plus l'infirmière avec qui on discute
- Bah la toilette etc. Donner à manger pour ceux qui ont besoin., ce sont des patients qui sont. Enfin, ce sont des personnels, pardon, qui sont plus proches du patient que nous, ça reste un élément d'alerte
- Hein pff Inexistant.

- Absolument pas, les médecins Ne parlent même pas au AS Donc comme ça on est tranquille

**Trinôme :**

- Moi j'aimerais bien que ce soit un trinôme mais c'est souvent un binôme (rire) quand ça arrive, c'est souvent...de toute façon il ne regarde même pas l'aide soignante il regarde l'infirmière
- Dans le trinôme, tous les binômes sont importants
- Ça s'est bien passé avec un représentant de chaque maillon. Comme je vous disais, mais je pense que du coup les 3 représentants plus le chef mais finalement qui n'a pas servi à ce moment-là. Mais les 3 représentants savaient ce qu'il faisait
- Après je peux proposer infirmière au médecin, je. Non ! non je ne pense pas. Oui à l'idée, j'aurai plus être facilité à à proposer mon aide qu'au médecin, c'est plus délicat, enfin ça dépend
- Non bah non c'est Non, c'est vraiment, je pense. Il prendra peut-être plus au sérieux l'infirmière que d'un aide-soignant. J'ai eu le cas pas encore Il n'y a pas si longtemps
- En EHPAD N'y a pas toujours d'infirmier, il y a un infirmier pour tout le bâtiment, c'est ça. C'est l'aide-soignant qui connaît mieux ses patients. Donc elle va compter beaucoup sur l'aides-soignants.
- La nuit, bah ça va être l'infirmière l'aide soignante et le médecin,
- La nuit. Il existe. La nuit il existe en cas d'urgence ouais uniquement

**Formation :**

**Contenu :**

- Après je ne connais pas assez bien leur...
- Je ne sais pas dans le rôle propre
- Dans les situations d'urgence, est-ce qu'il y a des ...ça je ne sais pas !
- Je suppose qu'ils ont, entre guillemets, la même formation, que nous qui ont la capacité de masser etc. pas du tout ! Je pense que c'est un AFGSU comme nous
- J'imagine que les infirmiers ça se rapprochent quand même de la nôtre sur au moins les premiers secours, peut-être les aides soignants, Je ne sais pas si elles ont la formation, premiers secours. Peut-être. Peut-être que oui, autant poussé je ne sais pas, je là je je serai pas du tout, infirmier. Je pense honnêtement que ça se rapproche franchement de la nôtre, avec peut-être plus
- Je pense que les infirmiers ont quasiment la même que la nôtre, aide soignants, je ne pourrai pas dire
- Je ne pense pas (voix basse) enfin si après on le fait de nous-même en tant qu'infirmiers, j'ai jamais eu le cas, je suis pas sûre, je sais pas si elles sauraient, si elle sont formées pour, je sais pas du tout !

**En solution :**

- Qu'elles peuvent faire les formations, des formations urgence vitale mais je ne sais pas le contenu de leur formation je ne le connais pas
- Formations d'urgences proposées nous incitent à aller faire en équipe et le faire régulièrement pour qu'elles n'oublient pas
- On a été formé pour, c'est peut-être une question de de formation
- Peut être proposé une formation
- Exemple il y a des partenariats qui ont été mis à l'IFSI entre l'IFAS et l'IFSI où ont fait des choses, des modules, on se partage des connaissances, des compétences etc. et moi je

ne sais pas pourquoi j'ai l'impression qu'au CHU aujourd'hui dans les services eh ben il y a une meilleure collaboration une meilleure communication y a des toutes nouvelles AS qui viennent d'arriver et ben je ne sais pas je trouve qu'il y a un feeling qui s'est connecté tout de suite

- C'est dommage qu'on ne fasse pas de mises en situation plus souvent, sur ... on devrait faire de temps en temps même qui ne prend pas de temps, voilà on dit : y a un patient qui fait un arrêt, comment on s'organise ? voilà mais en équipe se serait bien de voir un peu !
- Non ce n'est pas assez travaillé, de toute façon ça se ressent moi ça va faire 10 ans que je ne l'ai pas fait, c'est enfin je trouve que ce n'est pas logique surtout en travaillant en cardiologie
- Ce que je dis c'est mieux après de faire de la pratique, avec l'équipe mais...il n'y a jamais les médecins
- C'est donc du coup AFGSU, qu'il voit qu'ils peuvent préparer du matériel tout ça, qu'ils prennent conscience, avoir des réflexes pour plus être mal à l'aise face aux situations
- AFGSU Voilà, ça fait Des années qu'ils ont passé, donc déjà ça, ça peut déjà voir mettre du neuf dans la tête et alors nous revaloriser ? Je pense sur nos, sur nos connaissances

#### **Fréquence urgence :**

- On n'a pas beaucoup d'urgence. On a aussi fait le choix de ce service
- Quand il n'y a pas souvent une situation d'urgence oublie quoi enfin
- On est plus amené à en faire, c'est pour ça qu'elle a voulu mettre une formation
- Pneumo non ça gère bien ils ont l'habitude
- Non clairement en maison de retraite c'est des toilettes en aide soins, on n'a pas d'expérience, moi j'ai tout appris depuis le temps que je suis arrivé à l'hôpital. On a plus d'urgence en cardio qu'en maison de retraite
- Enfin je crois que c'est un manque de pratique, c'est un manque d'expérience
- Et celles qui n'ont pas d'expérience n'ont pas le réflexe
- Exceptionnel d'avoir besoin

#### **Nombre :**

- 3 ou 4
- 4, 3-4 c'est bien
- Pour qu'il y ait du monde ... y'a pas d'intérêt
- C'est quasi systématique qu'on soit trois, ceux qui ne sont pas utiles sortent, trois personnes voire quatre
- Après il y a énormément de monde dans les chambres
- Là quand on est 5-6-7 dans la chambre, là moi j'ai plus d'utilité à rester quoi je veux dire. Oui je vais sortir parce que c'est, j'ai plus ... il y a 2-3 ide, y a du monde, y a les réas
- Ben trop moi, c'est déjà arrivé, ce n'est pas parce que du coup on sait pas trop qui fait quoi, c'est déjà arrivé, parce que l'après-midi il y a 2 ide voir 3 comme aujourd'hui, si tout le monde est dans la chambre ; arrive du coup on sait plus qui fait quoi, je sais pas peut être euh, peut-être 4-5 personnes. S'il y a le BAVU pour appuyer, une autre qui masse ou s'il faut intuber, quand même oui peut être 4-5. J'ai vu parfois être 6 -7-8 ce n'est pas ...c'est trop !
- Après en nombre, il faut-il faut au minimum un représentant de chaque de chaque maillon de la chaîne je pense

**Objectifs :**

- C'est du temps de gagner
- C'est déjà du temps de gagner, dans l'objectif de ... de l'aider, de l'avancer
- C'est ça gagné du temps pour le patient, déjà
- Pour essayer de d'optimiser les choses, surtout pour le patient bien la prendre en charge
- Et y'avait pas de perte de temps, pas de perte de chance pour la, pour le patient
- Toujours dans l'optimisation du temps
- C'est bénéfique toujours pour le patient
- Et puis on se dépêche généralement
- L'aide soins si moi, j'étais capable de faire ça quand j'étais aide-soignante, je me dis J'aurais facilité et j'aurais accélérer la prise en charge.

**Organisation :**

- Bon déjà je crie « à l'aide » j'appelle du renfort
- En renfort c'est l'infirmière et un collègue ; avec un rôle un peu un peu définit
- Ce sont des tas de soignants qui peuvent être utiles
- Une 3e personne soignante du service
- Donc elles sont là je ne vais pas dire en premier.
- J'appelle tout de suite l'infirmière, peut être moi aller voir le médecin si l'infirmière est occupée
- Bah, l'aide-soignante, même si c'est, enfin, toute situation d'urgence, euh, en fonction de la gravité
- Alors si je suis toute seule si je sais qu'il y a une AS pas loin, j'essaie de crier à l'aide-soin
- Une AS a toujours besoin d'expérience des aides soins et minimum c'est bien si on peut être épaulé par un autre infirmier et donc 2 infirmiers, une aide soins
- J'appelle le médecin, j'ai appelé l'interne
- Après c'est l'infirmière quoi, l'infirmière va appeler le médecin, enfin je peux appeler aussi
- Ça dépend du contexte mais sinon mon aide soin va plus aller chercher mon collègue infirmier pour venir m'aider, que de m'aider réellement enfin...
- Déjà, je vais demander à l'étudiant d'aller chercher, d'appelle l'aide parce que moi je suis AS
- L'équipe infirmière, alors dans le cadre de l'urgence principalement infirmière quand même...c'est logique mais tout ce qui va être technique, plutôt l'infirmier, ce qu'il va être logistique plutôt l'aide-soignante c'est souvent l'infirmière qui appelle une 2e infirmière plus que l'aide soins dans un premier
- Dès lors, alors je ne sais pas si c'est médico-légal ou quoi, moi dès lors que elle sait ou elle sait ce qu'elle fait et que y a pas de problème moi

**Temporalité :**

- Ça dépend à quel moment dans la prise en charge
- Leur temps ne serait pas prioritaire mais sur une prise en charge qui dure
- La nuit comme il y a peu de monde donc peut être elles vont être plus sollicitées, que la journée
- Il y a une contrainte qui fait que ça va être long et qu'est-ce qu'on peut faire pendant ce temps-là quoi ?
- Si c'est la nuit ou qu'on est que trois, surtout la nuit, une bonne trentaine de minutes

- La nuit dès fois j'entends parler que les filles sont 2 aides soins, il n'y a pas d'infirmier dans certains établissements
- Aide soin en fonction.si c'est la nuit
- On est moins nombreux. Ouais ils sont 2, ils sont 2, il y a que l'infirmière et l'aide-soignant C'est ça, donc là de façon faut que j'y aille. Non y'a pas le choix là, Ah ouais ?
- Peut-être d'adaptabilité en fonction du moment, du contexte, de l'urgence