

Organisation

d e s s o i n s

POLYVALENCE DES SOIGNANTS : POINT DE VUE DU CADRE INFIRMIER

M.-L. AHO NIENNE, *cadre infirmier*

Service de Néphrologie-Dialyse, B.P. 350 CHSR, F-97448 Saint Pierre, La Réunion.

INTRODUCTION

Le centre d'Hémodialyse du Sud de l'Ile était, peu après sa création en 1983, composé de 13 postes fonctionnant 3 fois par jour, en site pavillonnaire. A cette époque, les patients étaient confrontés à des difficultés dues à l'absence de structure d'accueil spécifique en hospitalisation complète, et l'offre de soins se réduisait à une seule méthode : l'hémodialyse conventionnelle.

Les dialysés en centre lourd ou dans le cadre associatif nécessitant une hospitalisation complète étaient pris en charge dans l'un des services de médecine générale de l'établissement entraînant de multiples inconvénients :

- transports d'un service à l'autre par un service des liaisons internes déjà surchargé.
- attentes souvent longues après les séances pour des patients en phase critique.
- prise en charge infirmière non spécialisée.
- pas de choix de traitement palliatif de l'insuffisance rénale chronique terminale.
- sécurité diminuée au centre lourd d'hémodialyse lorsque les médecins devaient se rendre dans les services d'hébergement.

L'idée d'un petit secteur d'hospitalisation de Néphrologie-Dialyse s'est concrétisée quelques années plus tard, en 1987, pour assurer un repli spécialisé aux dialysés, proposer la dialyse péritonéale, développer la néphrologie d'amont et soulager la Réanimation Polyvalente d'une partie de l'hémodialyse d'urgence. Or, le contexte économique se prêtait difficilement à

l'obtention de moyens humains supplémentaires. Il fallait donc organiser ces nouvelles activités avec le personnel disponible.

Le développement de la polyvalence chez les soignants est apparue comme une solution possible pour faire face à l'augmentation et à la diversification de l'activité. Dès la création de cette unité, le personnel d'hémodialyse a donc dû changer de poste, pour des périodes de durée variable, entre le centre d'hémodialyse chronique, et le secteur de néphrologie où se pratique également la dialyse péritonéale et l'hémodialyse aiguë. Il a fallu revoir la stratégie de formation initiale spécifique, et orienter la formation continue dans ce sens.

La situation en zone inondable et la saturation de la structure ont nécessité un déménagement dans un pavillon libre ; ce fut l'occasion de concevoir, avec les services techniques, des locaux mieux adaptés à nos spécificités.

Après 10 années d'expérience, nous pouvons faire le bilan de cette expérience en examinant les avantages et les inconvénients de la stratégie de la polyvalence en néphrologie-dialyse.

PRÉSENTATION DU SERVICE

Le service actuel est constitué de 3 unités de soins :

- * le centre d'Hémodialyse chronique
- * la néphrologie
- * l'hospitalisation de jour

Centre d'Hémodialyse Chronique

Ce secteur compte 16 postes, et fonctionne 2 fois par jour du lundi au samedi

de 6 h à 20 h 30, pouvant donc accueillir 64 patients au maximum.

Les hémodialyses urgentes dans les autres services de l'établissement (74 séances en 1996) sont également assurées par le personnel infirmier et médical du service, amené à se déplacer et à travailler isolé de l'équipe ; un système d'astreinte volontaire permet de couvrir la nuit et les jours fériés, y compris en néphrologie (134 séances en 1996) en cas de charge de travail trop importante pour l'infirmière de service.

Néphrologie - Dialyse Péritonéale

Cette unité, séparée du centre d'hémodialyse chronique par un verdoyant patio, comporte :

- 10 lits d'hospitalisation complète
- 3 lits de dialyse péritonéale intermittente nocturne, en chambres isolées, utilisés dans la journée pour l'hospitalisation de jour
- 1 lit de soins intensifs permettant la dialyse urgente pour les patients non intubés et stables hémodynamiquement, et la réanimation.

On y assure :

- le suivi d'une vingtaine de patients en dialyse péritonéale continue ambulatoire.
- 5 patients en dialyse péritonéale intermittente avec 3 séances nocturnes hebdomadaires.
- le repli médical des patients dialysés du centre, et hors centre (110 patients), dont les complications de dialyse péritonéale.
- le suivi des transplantés (40 patients).

L'hôpital de jour

Cette unité est regroupée avec la consultation externe, en rez-de-jardin avec entrée séparée. Son activité est limitée par défaut quantitatif en personnel aux bilans de dialyse péritonéale continue ambulatoire 5 jours par mois, avec une capacité maximale actuelle de 20 patients en DPCA.

Organisation

des soins

Le personnel du service

Le personnel paramédical comprend :

- 23 infirmières,
- 11 aides-soignantes,
- 2 cadres infirmiers
- 2 secrétaires.

En 1996 le service a pris en charge :

- 50 nouveaux patients en hémodialyse chronique, dont une dizaine a été transférée au moins temporairement sur d'autres centres en raison de la saturation de la structure :
- 920 entrées en hospitalisation complète, 2 910 journées, durée moyenne de séjour : 3,15.
- 465 journées d'hospitalisation de jour.
- 10 283 séances de dialyse chronique, dont 544 DPI.
- 208 séances d'hémodialyse aiguë, dont 60 % dans le service.
- les formations d'infirmiers libéraux à la dialyse péritonéale.

LE PRINCIPE DE LA POLY-VALENCE DES SOIGNANTS

Le service n'est pas cloisonné en unités fonctionnelles disposant de moyens propres. La nécessité de pouvoir intervenir dans tous les secteurs du service ne concerne pas que les soignants, mais également tous les acteurs du service : médecins, secrétaires, et cadres, et même l'électrotechnicien qui dépanne, quand il le peut, l'appareillage sortant de son strict champ d'action. L'équipe médicale s'est mise au service de l'équipe de soin, elle-même au service du malade. Les horaires de visite ou d'actes « consommateurs » de temps de travail (pose de cathéters tunnelisés) sont autant que possible déterminés à l'avance pour ne pas désorganiser l'activité soignante et épargner la ressource la plus précieuse : le temps du personnel soignant.

La mise en œuvre et la réussite de la polyvalence ont donc nécessité de réviser

profondément l'organisation générale du service, dont celle des soins, la formation initiale et continue spécifique, et le profil de poste.

L'organisation du travail

a - Standardisation

- Les horaires

Les horaires de travail de jour ont été harmonisés afin de faciliter l'adaptation des soignants entre unités d'hémodialyse et d'hospitalisation complète.

- Les matériels

Le parc de générateurs est devenu progressivement uniforme : les consommables sont plus faciles à gérer, et la formation initiale spécifique (des techniciens également) plus rapide.

- Protocoles de soins

Des fiches techniques et des protocoles ont été élaborés et remis à jour permettant d'analyser, de simplifier et de standardiser l'activité d'hémodialyse en évitant les prescriptions particulières.

b - Allègement de la charge du travail.

- Procédures

Les progrès médicaux et technologiques ont permis d'alléger les procédures avec :

- suppression des tests possible par la désinfection chaleur : autoclavage à 2 bars et 120°
- la généralisation de l'héparine à bas poids moléculaire
- la raréfaction des incidents en cours de séance et du rythme de surveillance
- * meilleur état fonctionnel des patients dû à l'érythropoïétine
- * généralisation du bain tamponné au bicarbonate
- * utilisation de bains sucrés (disparition des hypoglycémies)
- l'automatisation de certaines tâches a libéré du temps de personnel :

* Prise de pression artérielle par tensiomètres automatiques

* Stérilisation des générateurs

- la standardisation de la prescription médicale en durée, débit bain, type de dialysat, conductivité permet d'éviter les erreurs d'un patient à l'autre en allégeant les procédures.

- Structurelles

La meilleure ergonomie de la nouvelle structure a permis de réduire une charge de travail inutile :

- matériels lourds (concentrés de dialyse) à proximité immédiate des salles d'hémodialyse.
- transport possible du malade dans son lit, d'un secteur à l'autre grâce aux aménagements des locaux (portes élargies, bandes roulantes).

- Informatique

L'informatisation a facilité et fiabilisé certaines tâches telles que le suivi des vaccinations, l'édition des cahiers de dialyse, les transmissions.

Il n'a cependant jamais été fait de concession sur l'hygiène, l'asepsie, la désinfection des locaux et des matériels, la qualité de la formation, l'activité de recherche : ce sont des points sur lesquels nous n'avons jamais transigé mais investi.

La formation initiale spécifique

L'infirmière affectée dans le service est d'abord formée à l'hémodialyse chronique, par un collègue volontaire qu'elle suit pendant 6 semaines. Le développement des connaissances et l'acquisition de la technique sont plus ou moins rapides en fonction du soignant, et se fait bien entendu avec la collaboration de l'équipe, et par la mise à sa disposition de documentation (cours théoriques, manuels...). Après 8 à 12 mois de pratique en hémodialyse, l'infirmière est formée à la technique d'hémodialyse d'urgence et à la dialyse péritonéale en unité de néphrologie,

Organisation

des soins

toujours par compagnonnage. Le soignant n'est jamais « parachuté » dans un secteur sans précautions : il est préparé, accompagné, soutenu par l'équipe et, selon les individus, la maîtrise de l'ensemble des techniques mises en œuvre s'acquiert en une à deux années.

Les stages de perfectionnement dans des services métropolitains de référence, la formation continue classique, la participation active aux congrès de l'AFIDTN ont permis de renforcer et d'élargir les connaissances spécifiques.

LES INCONVÉNIENTS

Pour le soignant

Les inconvénients sont essentiellement liés à la diversité des techniques et aux rythmes de travail différents dans les deux unités de soins. La charge est parfois très variable en néphrologie, où il faut également assurer les nuits et les week-ends, et la charge de travail est souvent jugée plus importante. Pour acquérir les multiples compétences nécessaires aux différents profils de postes de travail, le soignant doit donc posséder de solides capacités d'adaptation et beaucoup de persévérance, mais il y est préparé dès son arrivée dans le service.

Pour l'encadrement

La polyvalence nécessite beaucoup de vigilance de la part du cadre soignant. Pour la faire vivre, il faut sans cesse faciliter l'adaptation, équilibrer les équipes, veiller à la bonne gestion et à l'entretien des compétences de chacun dans les différents domaines de la spécialité. Les deux cadres doivent aussi s'adapter aux différentes unités de soins et à leur changement de rythme de travail, car ils sont également mobiles par période. L'élaboration de la planification horaire est un casse tête mensuel qui doit aussi s'assurer de la continuité des soins.

LES AVANTAGES

Pour le malade

C'est heureusement le seul pour lequel il n'y ait pas d'inconvénient.

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en néphrologie est assurée par une équipe formée aux différentes techniques de dialyse, capable de répondre à toute interrogation des insuffisants rénaux chroniques ou aigus dans tous les domaines de la spécialité : méthodes de dialyse, transplantation.

En cas de repli hospitalier ou de changement de méthode ou de lieu de dialyse, y compris après transplantation, le patient est pris en charge par des soignants qu'il connaît déjà très bien.

Pour le soignant

Les avantages pour le soignant sont l'élargissement du champ de ses connaissances et de ses compétences avec l'entretien de ses capacités d'adaptation, et la maîtrise de toutes les techniques de la spécialité au terme de son apprentissage. La diversité de l'activité du secteur d'hospitalisation complète vient aussi rompre la routine un peu sclérosante de l'activité d'hémodialyse chronique. Le travail de recherche infirmier est encouragé et soutenu, qui permet à l'individu de prendre conscience de ses capacités et souvent de se découvrir l'ambition d'assumer d'autres responsabilités, d'encadrement en particulier.

Pour le cadre soignant

La polyvalence de la majorité (ceux qui ont achevé le cycle) des soignants procure une souplesse incomparable de gestion qui permet de pallier toute indisponibilité inopinée dans quelque secteur que ce soit, avec 80 % de jokers dans un effectif très réduit en regard de l'activité de soin produite.

Ce mode de fonctionnement permet en cas de nécessité un transfert de capacité soignante, le plus souvent d'ailleurs spontanée, d'une unité à l'autre (en cas d'ur-

gence vitale) et de garder une certaine harmonie car la composition des équipes change constamment.

CONCLUSION

De profondes modifications concernant les établissements de santé sont en cours, qui toutes tendent à l'optimisation de ressources qui ne sont plus inépuisables, basées sur l'évaluation des performances des structures de soin. La polyvalence des soignants au sein d'un service à activité très diversifiée comme la néphrologie-dialyse en hôpital général nécessite un long effort d'adaptation et d'organisation, et une attention permanente. Elle apporte cependant à la collectivité un gain considérable en matière d'optimisation quantitative et qualitative de gestion des effectifs et de productivité de soins, et procure à l'individu un élargissement de ses connaissances et de son champ de compétence avec souvent une affirmation de sa personnalité.

Cette politique, qui exige de lourds investissements personnels et collectifs, ne peut que résulter d'une volonté collective concertée, acceptée et répartie équitablement entre les divers partenaires : administration hospitalière, cadres, soignants, techniciens, médecins et partenaires industriels.

BIBLIOGRAPHIE

Innovation technologique, organisation du travail et gestion des compétences – Anatole-Touzet V, Souffir W. – Direction du personnel, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris – Gestion Hospitalière 1996, 222-224.

Quand les effectifs deviennent une ressource rare – Clauzel I. – Gestion Hospitalière – 1996, 358, 514-519.

Choc technologique et mutation des organisations – Omnes I. – Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP. – Gestion Hospitalière – 1996, 354, 187-189.