

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES  
DE TOULOUSE**

**LA PLACE DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE  
EN SALLE DE SURVEILLANCE POST-  
INTERVENTIONNELLE.**

**Travail d'intérêt professionnel  
Promotion 2002-2004**

Référents

**Ange Rose PALANQUE  
Guillaume TEILLARD**

**Emmanuelle DAL MOLIN  
Epouse BOUARD**

Je remercie Madame Palanque Ange Rose pour ses conseils, son soutien et sa disponibilité durant la construction de ce travail.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé à mener cette enquête, ainsi que celles qui ont accepté de me livrer leurs réflexions lors des entretiens.

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>1- PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE</b>	<b>7</b>
<b>2- CREATION ET EVOLUTION DES SSPI</b>	<b>9</b>
2-1 Contexte national	10
2-2 La réglementation et les recommandations	11
2-3 Application au niveau des Hôpitaux de Toulouse	13
<b>3- L'IADE ET LA SSPI</b>	<b>14</b>
3-1 Historique de l'IADE	15
3-2 La réglementation et les recommandations	15
3-3 Analyse de la réglementation	17
3-4 « <i>Mieux connaître les IADE</i> » Enquête réalisée par le SNIA	18
<b>4- LE CONTEXTE LOCAL</b>	<b>21</b>
4-1 Implantation de la profession d'Infirmier Anesthésiste à Toulouse	22
4-2 Présentation du projet de mise en place des IADE en SSPI sur les Hôpitaux de Toulouse	23
<b>5- ENQUETE SUR LES REPRESENTATIONS DE LA PLACE DE DE L'IADE EN SSPI</b>	<b>25</b>
5-1 Méthodologie	26
5-2 Analyse des entretiens avec les cadres IADE	28
5-3 Analyse des entretiens avec des IADE n'ayant jamais exercé leur profession en SSPI	31
5-4 Analyse des entretiens avec 3 IDE de SSPI	34
5-5 Analyse des entretiens avec des médecins Anesthésistes Réanimateurs	37
5-6 Analyse du questionnaire adressé au CHIVA	40
5-7 Synthèse	42
<b>6- REINVESTISSEMENT PROFESSIONNEL</b>	<b>52</b>
<b>7- ANALYSE CRITIQUE</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>64</b>

# LISTE DES ABREVIATIONS

**AG** : Anesthésie Générale

**ALR** : Anesthésie Locorégionale

**BOH2** : Bloc Opératoire bâtiment H2 – Hôpital de Ranguel.

**CEEIADE** : Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat

**CHIVA** : Centre Hospitalier Inter Val d'Ariège

**IA** : Infirmier(e) Anesthésiste

**IADE** : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

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

**MAR** : Médecin Anesthésiste Réanimateur

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SFAR** : Société Française d'Anesthésie Réanimation

**SNIA** : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

**SSPI** : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

# **INTRODUCTION**

La profession d'infirmier anesthésiste est aujourd'hui bien ancrée au sein de la profession infirmière. Cette spécialité paramédicale poursuit un processus permanent d'identification de ses activités, afin de se positionner dans le paysage médical.

Désormais les IADE exercent dans des domaines variés. Ils sont connus et reconnus par le monde soignant. Du fait de la diversification nouvelle de leurs missions, ils sont amenés à sortir des blocs opératoires. Ils apportent leurs compétences spécifiques en SSPI, en radiologie interventionnelle, en obstétrique ou encore lors des transports médicalisés. Leurs compétences transversales s'expriment dans la prise en charge de la douleur et dans la gestion de certaines vigilances sanitaires.

Au niveau national, l'exercice de la profession diffère en fonction des choix institutionnels des établissements de santé. Dans le cadre d'une nouvelle orientation de la Direction des Soins Infirmiers des Hôpitaux de Toulouse, la volonté d'étendre l'activité des IADE aux SSPI a été annoncée voici quelques mois.

Ce projet est à l'origine de nombreuses discussions sur le rôle de l'IADE, sur la reconnaissance de son diplôme et sur l'application de ses compétences spécifiques. Il rencontre une adhésion mitigée de la part du personnel médical et para médical.

Ce constat m'a amené à articuler l'interrogation autour de deux questions centrales : Quels sont les arguments en faveur de la présence de l'IADE en SSPI ? Pourquoi cette extension de la spécialité en dehors des blocs opératoires génère t'elle autant de réticences ?

La recherche d'informations sur l'évolution de l'anesthésie et sur la réglementation de ses pratiques a permis, tout d'abord, de définir les SSPI et d'en clarifier les objectifs.

Puis, nous avons tenté d'évaluer le bénéfice attendu de la participation de l'IADE à l'activité des SSPI dans une démarche d'optimisation de la sécurité anesthésique et au regard des textes législatifs et des recommandations en vigueur.

Les virulentes protestations exprimées par les soignants m'ont conduit à organiser des entretiens auprès des cadres IADE, des IADE, des IDE de SSPI et des MAR à la recherche de leurs représentations sur la place de l'IADE en SSPI.

Les analyses quantitative et descriptive ont révélé les éléments sous-jacents à ces résistances. C'est ensuite grâce à l'étude des notions de représentation et d'identité professionnelle que j'ai abordé les multiples facettes de la problématique.

Enfin, j'ai essayé d'explicitier l'intérêt d'une juste articulation des rôles et des compétences des différents soignants au service du patient et la nécessité d'une collaboration harmonieuse au quotidien.

# **1- PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE**

# 1- PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

Au cours de l'année 2003, la nouvelle Direction des Soins Infirmiers des Hôpitaux de Toulouse annonçait son intention d'élargir la mission des infirmiers anesthésistes à l'exercice de leur profession aux salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

J'effectuais alors la première année à l'école d'infirmiers anesthésistes, et d'emblée je fus amenée à constater la virulence des réactions suscitées par ce projet.

Le positionnement des différentes catégories de personnel, médical et paramédical, intervenant en SSPI semblait spontanément défavorable à la mise en place de ce programme.

Les infirmiers anesthésistes parlaient d'une dévalorisation de leur diplôme, les infirmiers se demandaient « *pourquoi et en quoi ne sommes nous plus suffisamment compétents ?* », quant aux médecins anesthésistes, il leur semblait que les priorités étaient ailleurs !

Enfin, tous s'interrogeaient sur l'opportunité d'une telle orientation dans un contexte budgétaire incertain, et alors que les postes, au sein même des blocs opératoires, ne leur paraissaient pas tous pourvus.

Une si vive contestation m'a amenée à m'interroger sur un certain nombre de points :

- Quels sont les arguments en faveur de la présence d'un IADE en SSPI, en terme de prévention des complications post-opératoires d'une part, en terme d'application des textes réglementaires et recommandations d'autre part ?
- Quelle est la situation sur le reste du territoire national ?
- Quelle est la proportion d'IADE travaillant en SSPI, et selon quelles modalités ?

Mais mon questionnement porte également sur les mécanismes profonds générant des oppositions d'une telle intensité de la part des soignants.

Il apparaît que la problématique révélée par ce projet comporte plusieurs facettes, sur fond de politique visant à renforcer la sécurité anesthésique peut-être est-ce aussi l'identité professionnelle des personnels médicaux et paramédicaux qui est en cause, sous-tendue par l'évolution des pratiques et des conditions d'exercice ?

Si l'on part de l'hypothèse que l'IADE a une place en SSPI, il semble nécessaire de la définir, non seulement au travers des textes de loi, des recommandations des grandes instances médicales et paramédicales, mais aussi sous l'angle de la représentation qu'en a chacun des protagonistes (IADE, IDE, MAR).

Au-delà du caractère imposé d'une nouvelle directive, n'est-il pas souhaitable, pour une atteinte optimale des objectifs, que chaque soignant adhère et participe à sa mise en œuvre ?

Au final, et concrètement que chacun trouve sa place, et exerce dans les meilleures conditions son savoir, savoir-faire et savoir être.

Sous quel angle considérer les choses ?

Quelles sont les informations à apporter, pour que cela se passe au mieux ?

Intéressons-nous, dans un premier temps au contexte de création des SSPI et aux textes réglementaires qui s'y rapportent.

## **2- CREATION ET EVOLUTION DES SSPI**

## 2- CREATION ET EVOLUTION DES SSPI

### 2-1 Contexte national

Le nombre annuel d'anesthésies a plus que doublé au cours des vingt dernières années. De plus, celui des anesthésies pour personnes âgées ou fragiles a quadruplé.

Durant la même période, le taux de mortalité en rapport avec l'anesthésie apparaît globalement divisé par dix.

Cette amélioration tient au développement d'une véritable culture de la sécurité anesthésique ; culture, dont le souci est de répondre aux évolutions de la société en matière de demandes de confort et de sécurité procurés par l'anesthésie.

Demande qui concernent un nombre d'actes, croissant, notamment d'investigations, y compris dans le cadre du développement de l'anesthésie ambulatoire.

Cette volonté de qualité est renforcée et soutenue depuis quelques années par les procédures d'accréditation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, visant à promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En septembre 2003, au cours de son 45<sup>ème</sup> congrès national, la Société Française d'Anesthésie Réanimation<sup>1</sup> a rendu public le résultat d'une enquête<sup>2</sup> menée avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale sur la sécurité anesthésique. La dernière enquête de ce genre remontait à 1983.

A cette époque, la principale cause de décès était le défaut d'oxygénation per et post-opératoire; notamment le nombre de décès par apnée au réveil était de l'ordre d'une centaine par an, et première cause de mortalité anesthésique pour les personnes jeunes et de classe ASA (American Society of Anesthesiologist) 1 (patient en bonne santé) et 2 (patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction).

Ces constats furent alors les moteurs d'un certain nombre d'actions. Elles ont abouti au décret n° 94 1050 du 5 décembre 1994 relatif aux « *Conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie* » et modifiant le Code de la Santé Publique.

Ce décret a permis de réglementer les pratiques et notamment la surveillance systématique des patients après une intervention dans une salle spécifique, dotée d'infirmiers et de matériels.

---

<sup>1</sup> Société savante reconnue d'utilité publique. Existe sous différentes appellations depuis 1932. Elle a pour but l'étude, l'avancement et l'enseignement de l'anesthésie réanimation et la sécurité de tous les gestes effectués par les MAR.

<sup>2</sup> Enquête « mortalité » SFAR INSERM présentée dans l'article intitulé « Sécurité anesthésique, où en est-on » extrait du magazine Oxymag n°74-Février 2004-p21 à 24.

L'enquête de la SFAR concernant les circonstances de décès, totalement ou partiellement liés à l'anesthésie pour l'année 1999, montre que la dépression respiratoire au réveil, véritable fléau des années 1980, n'a pas été retrouvée.

En quoi la réglementation et les recommandations concernant les pratiques en matière de surveillance post-opératoire ont-elles permis cette amélioration ?

## 2-2 La réglementation et les recommandations

### 2-2-1 Code de la santé publique

Le décret du 5 décembre 1994, relatif à la sécurité anesthésique a conduit à des modifications du Code de la Santé Publique<sup>3</sup>.

Quant aux garanties qui doivent être assurées à tout patient devant bénéficier d'une anesthésie générale ou locorégionale, des dispositions générales ont été insérées au travers d'un certain nombre d'articles ; D712-40 à D 712-50.

Ainsi :

- La programmation d'une intervention tient compte des possibilités d'accueil en SSPI.
- La surveillance continue post-opératoire a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination, et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles, liées à l'intervention ou à l'anesthésie,
- Cette surveillance commence au bloc opératoire, dès la fin du geste chirurgical et de l'anesthésie, ne s'interrompt pas pendant le transfert, et se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.
- « *Les patients admis en SSPI sont pris en charge, en permanence, par au moins un infirmier diplômé d'Etat, formé à ce type de surveillance, si possible un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat* » tel que précisé à l'article D 712-49.
- Ce personnel paramédical est placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai.

Par ailleurs, l'Arrêté du 3 octobre 1995, relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux précise : « *La nature des opérations et des protocoles retenus permet de vérifier le bon fonctionnement avant : le début de chaque programme interventionnel ou opératoire, le début de chaque anesthésie, l'ouverture de la SSPI.* »

---

<sup>3</sup> Mise à jour en septembre 1998

La réglementation rebaptise la salle de réveil en salle de surveillance post-interventionnelle et s'est efforcée de la définir clairement en terme :

- de structure d'accueil des opérés,
- d'équipements : dispositifs médicaux de surveillance et de suppléance,
- de personnel paramédical qualifié et en nombre suffisant, et de personnel médical responsable,
- de proximité des sites où sont pratiquées les anesthésies,
- de durée de séjour du patient,
- d'heures d'ouverture qui doivent tenir compte du tableau fixant la programmation des interventions et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences.

Toutefois, il semble important de souligner que les modalités de formation des IDE exerçant en SSPI ne sont pas précisées, en terme de contenu, nombre de jours de formation, gestes pratiqués.

### **2-2-2 Société Française d'Anesthésie Réanimation**

Afin de contribuer à une qualité des soins optimale, la SFAR a édité en septembre 1994, des règles de pratiques professionnelles concernant la surveillance et les soins post-anesthésiques<sup>4</sup>. Elles ont été établies dans le respect de la réglementation française et tiennent compte des normes formulées par des sociétés d'anesthésie d'autres pays.

*« A l'issue d'une anesthésie générale, locorégionale et/ou d'une sédation, susceptibles d'avoir des répercussions respiratoires, circulatoires, neuropsychiques, tout patient est soumis à une surveillance spécifique par un personnel compétent, dans une salle de réveil adaptée à cet usage. Il y séjourne jusqu'à la récupération de fonctions vitales stables ».*

Quant au personnel infirmier :

*« Il est entraîné à reconnaître l'atteinte d'une fonction vitale, et doit être capable de pallier à sa défaillance en attendant l'arrivée du médecin ».*

Il est précisé qu'il s'agit d'une surveillance clinique de base complétée par un monitoring instrumental. Si le patient est intubé et ventilé, la surveillance porte aussi sur le ventilateur et est renforcée lors du sevrage ventilatoire et dans les suites de l'extubation trachéale.

*« La sortie est décidée par un médecin anesthésiste quand le patient a récupéré ses réflexes de protection, un niveau de coopération proche de celui qu'il avait avant l'acte, et quand la survenue de complications respiratoires et circulatoires est devenue improbable à brève échéance.*

*Le médecin anesthésiste réanimateur dirige la surveillance, prescrit le traitement, en particulier l'analgésie post-opératoire et assure la liaison avec les chirurgiens ou spécialistes... ».*

Qu'en est-il de l'application de ces textes et recommandations au niveau des Hôpitaux de Toulouse ?

---

<sup>4</sup> Recommandations concernant la surveillance et les soins post-anesthésiques. 2<sup>e</sup> édition 1990-1994

## 2-3 Application au niveau des Hôpitaux de Toulouse

Le contenu de la formation donnée aux IDE exerçant en SSPI n'étant pas réglementé, il me semble intéressant de connaître le choix des thèmes abordés par la session de formation continue dispensée par les hôpitaux de Toulouse (annexe 1).

Rappelons le caractère obligatoire de cette formation qui se déroule sur 5 jours.

Le programme est vaste, il traite :

- des techniques d'anesthésie, et de pharmacologie (3 heures),
- du réveil physiologique et plus particulièrement du réveil pédiatrique (5 heures),
- de la prise en charge de la douleur (3 heures),
- de l'environnement technologique (3 heures),
- des gestes d'urgence en SSPI (3 heures),
- de la responsabilité en SSPI (3 heures).

Les cours sont assurés par des médecins anesthésistes réanimateurs et des formateurs de l'école d'infirmiers anesthésistes des Hôpitaux de Toulouse.

Parallèlement à cette formation, les hôpitaux de Toulouse ont édité un référentiel d'activité, notifiant les normes et critères concernant les SSPI.

Ce document interne reprend en détail les différentes missions de l'infirmier en SSPI et notamment :

- la vérification du matériel de surveillance et de suppléance,
- la réception et l'installation du patient sous le contrôle du MAR ou de l'IADE ayant assuré son transfert depuis la salle d'opération,
- la prise de connaissance du déroulement de l'intervention par les transmissions orales et par la consultation de la feuille d'anesthésie pré et per-opératoire,
- la réalisation d'une surveillance adaptée et des soins tels que prescrits par écrit,
- la préparation du transfert vers le service,
- le nettoyage de la SSPI et sa remise en état de fonctionnement, en collaboration éventuelle avec l'aide-soignant.

Ce référentiel traduit une volonté d'amélioration et d'évaluation de la qualité des soins prodigués aux patients pendant la phase de réveil et de prise en charge post-opératoire en vue d'une sécurité optimale.

Comme nous pouvons donc le constater, au regard des textes et dispositions, la réglementation et les pratiques professionnelles au sein des établissements de santé ont conduit, ces dernières années à optimiser la prise en charge des patients en post-opératoire immédiat.

Il apparaît clairement que le réveil est considéré comme une période à haut risque de complications et qui doit amener à mobiliser toutes les attentions.

Intéressons-nous maintenant plus précisément aux recommandations et textes de lois préconisant la présence de l'IADE en SSPI.

### **3- L'IADE ET LA SSPI**

## **3- L'IADE ET LA SSPI**

### **3-1 Historique de l'IADE**

La participation des infirmiers à l'acte d'anesthésie est une situation acquise depuis de nombreuses années. La première école de spécialisation en anesthésie des professionnels soignants non médicaux ouvre ses portes à Saint-germain en Laye en 1949.

Cette spécialité évolue au fil des années sous la forme de divers statuts aboutissant à un décret de compétence en 1981 revu à plusieurs reprises jusqu'à l'article 10 du décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier<sup>5</sup>.

Dès 1985, une circulaire en date du 27 juillet préconise la présence d'une IADE en salle de réveil.

Mais en quels termes, la place de l'IADE en SSPI est-elle réglementée ?

### **3-2 La réglementation et les recommandations**

#### **3-2-1 Décret de compétence n°2002-194 du 11 février 2002**

La place de l'IADE est ainsi réglementée à l'article 10 :

*« En SSPI, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> alinéas<sup>6</sup> et est habilité à la prise en charge de la douleur post-opératoire relevant des mêmes techniques. »*

#### **3-2-2 Recommandations<sup>7</sup> de la SFAR (janvier 1995) concernant le rôle de l'IADE**

Soucieuse de la qualité des soins et de la sécurité des patients, auxquelles les IADE apportent une contribution importante, la SFAR a souhaité préciser sous la forme de recommandations, leurs domaines de compétences, leurs attributions et leurs responsabilités.

---

<sup>5</sup> Décret de compétence n°2002-194 du 11-02-02 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel n°40 page 3040.

<sup>6</sup> Article 10 sur l'IADE : habilitation à appliquer les techniques d'anesthésie générale et d'anesthésie locorégionale.

<sup>7</sup> Recommandations concernant le rôle de l'IADE. 1<sup>ère</sup> édition. Janvier 1995.

Le paragraphe 2.2 aborde l'activité de l'IADE en SSPI en ces termes :

*« La présence d'un IADE en SSPI se justifie par son aptitude à évaluer les signes de réveil, à reconnaître les accidents susceptibles de se produire et à mettre en œuvre sans délai les gestes techniques indispensables, notamment aspiration, intubation, ventilation. »*

*Ainsi : « la présence d'au moins un IADE est recommandée. L'IADE doit être effectivement présent dans la SSPI et ne pas être simultanément affecté dans une salle du bloc opératoire. »*

Comme tout le personnel de la SSPI, l'IADE est placé sous l'autorité d'un médecin anesthésiste réanimateur responsable de cette salle.

Ce dernier est soit spécialement chargé de la SSPI, soit susceptible d'intervenir à tout moment.

La décision de sortie du patient de la SSPI relève de la compétence exclusive du MAR et tient compte des impératifs qu'imposent les suites chirurgicales.

### **3-2-3 Conseil de l'Ordre des Médecins**

Recommandations<sup>8</sup> adoptées en 2001 concernant les relations entre les anesthésistes réanimateurs et chirurgicaux et autres spécialistes et professionnels de santé.

*« Les IADE sont de proches collaborateurs des médecins anesthésistes réanimateurs. Outre leur activité au bloc opératoire, leurs compétences techniques et leurs connaissances leur permettent d'intervenir en SSPI. »*

Précision faite, là aussi, que dans tous les cas *« l'IADE reste sous la direction d'un anesthésiste réanimateur dont un certain nombre de responsabilités restent de son ressort exclusif : la prescription de soins et examens post-opératoires et la décision de sortie de SSPI. »*

En effet, un patient quitte la SSPI après qu'un MAR ait signé un document certifiant l'autorisation de départ vers une unité d'hospitalisation.

### **3-2-4 Recommandations, pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, éditées par le Syndicat National des IADE<sup>9</sup> en mai 2002.**

Au sein de recommandations centrées sur les pratiques professionnelles et explorant tous les aspects de l'exercice, le SNIA précise dans sa définition de l'IADE :

*« il travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires dans un cadre réglementaire défini et en collaboration avec les MAR dans les différents sites d'anesthésie ainsi qu'en SSPI.. »*

---

<sup>8</sup> Session du Conseil National de l'ordre des médecins. Décembre 2001. Article 6.

<sup>9</sup> Recommandations professionnelles relatives à la profession d'IADE en France pour clarifier et donner sens aux textes réglementaires qui la régit.

*« Il assure en SSPI les actes relevant des techniques d'anesthésie...en tant qu'infirmier de soins généraux, il doit assurer l'ensemble des soins requis par les patients. Il accomplit ainsi les soins relevant de son rôle propre et de son rôle sur prescription médicale ».*

*« En l'absence du MAR permanent de SSPI, il fait appel en cas de survenue d'anomalie de préférence au MAR responsable de l'anesthésie ».*

Selon le CEEIADE (Comité d'Entente des Ecoles d'IADE), l'IADE est habilité à participer en SSPI à :

- l'accueil et l'installation,
- la surveillance du réveil,
- l'extubation,
- la prise en charge de la douleur et la réanimation post-opératoire.

Dans cette optique et en réponse à l'arrêté du 17 janvier 2002, la formation pratique des élèves infirmiers anesthésistes a subi quelques modifications en incluant 4 semaines de stage obligatoires en SSPI la première année, 4 à 8 semaines en SSPI lourde la deuxième année.

### **3-3 Analyse de la réglementation**

Textes et recommandations reconnaissent les IADE comme de proches collaborateurs habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence et soulignant que leur activité doit être à la mesure de leur qualification. Toutefois, rappel est fait par la SFAR que le rôle de l'IADE est d'assister le MAR dans l'organisation générale de l'activité d'anesthésie et non de le remplacer.

Les fonctions du MAR et de l'IADE s'inscrivent en complémentarité afin d'offrir les meilleures garanties de sécurité et de qualité des soins prodigués aux patients.

Cependant et afin de bien se démarquer des recommandations du SNIA de 2002, la SFAR a souhaité apporté quelques remarques<sup>10</sup> :

*« L'IADE ne peut agir sur prescription médicale émanant du MAR. Ceci implique que lors de la délégation de surveillance, l'IADE n'est pas seulement en relation constante avec le MAR mais qu'il l'informe en temps réel. Ainsi, et pour lever toute ambiguïté, si l'IADE est confronté à une situation imprévisible et menaçante il doit entreprendre les mesures conservatoires d'urgence que sa formation autorise mais il doit solliciter parallèlement la présence sans délai d'un MAR et ne pas se contenter de l'informer à posteriori ».*

---

<sup>10</sup> « A propos des recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession IADE » Texte du Comité Vie Professionnelle du 28-02-03

A la lecture de ces textes nous retenons que:

- La présence d'un IADE est préconisée en SSPI, qu'elle se justifie par ses compétences spécifiques : théoriques et gestuelles, mais qu'elle n'est pas obligatoire ;
- Le personnel paramédical est sous la responsabilité du MAR ;
- Le MAR doit pouvoir intervenir à tout moment ; mais nous pouvons nous interroger sur les conditions dans lesquelles il peut effectivement intervenir sans délai lorsque la SFAR laisse le libre choix d'un MAR, soit désigné comme référent de SSPI, soit présent dans le bloc opératoire ou dans l'établissement. Or intervenir sans délai signifie sans retard dommageable soit quasi immédiatement ;
- Le rôle essentiel de l'infirmier en SSPI réside dans la surveillance clinique et monitorée des grandes fonctions vitales et dans la recherche des critères d'extubation témoignant d'une autonomie ventilatoire efficace. Ces critères sont signalés au médecin, lequel est assisté par l'infirmier lors de l'extubation (normes et critères concernant la SSPI dans le référentiel d'activité des hôpitaux de Toulouse) ;
- Le rôle essentiel de l'IADE consiste :
  - à assurer son rôle propre dans le cadre de la prise en charge globale du patient,
  - à assurer son rôle sur prescription médicale, par exemple dans la prise en charge de la douleur,
  - à appliquer ses compétences spécifiques par exemple en matière de prise en charge de la ventilation au masque en cas de complications, voir de réintubation ;

De plus, l'imprécision des termes du Code de la Santé Publique<sup>11</sup> stipulant que «... pendant sa durée d'utilisation toute SSPI doit comporter en permanence au moins 1 IDE formé à ce type de surveillance, si possible 1 IADE » ; et l'imprécision de l'Article 10 du Décret de compétences infirmières (n° 2002-194 du 11/02/2002), qui stipule que l'IADE peut pratiquer certaines activités spécifiques « ...à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment... », laisse encore à ce jour, une marge de manœuvre tant aux établissements de Santé dans l'application des recommandations qu'aux professionnels de Santé dans la conception du rôle de l'IADE en SSPI.

Certes la capacité de l'IADE à évaluer la phase de réveil est reconnue. Cependant, les prescriptions de soins restent du ressort exclusif du MAR ; ceci soulève la question de l'autorisation de pratiquer l'extubation sans sollicitation médicale obligatoire !

Le médecin doit-il être présent au moment de l'extubation ?

Qu'en est-il de la pratique quotidienne ?

### **3-4 « Mieux connaître les IADE » Enquête réalisée par le SNIA**

En 2001, le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes a réalisé une enquête nationale auprès d'un nombre significatif d'IADE.

Cette étude est parue dans le n° 63 du magazine Oxymag du mois d'avril 2002.

Elle portait, entre autre, sur les secteurs d'activités des IADE, et sur leurs pratiques déclarées.

---

<sup>11</sup> Article D 712-49 du Code de la Santé Publique.

**En ce qui concerne les secteurs d'activités**, l'enquête révèle l'importance de la mobilité et de la polyvalence :

- sur 964 IADE ayant répondu au questionnaire, 178 présentent une affectation exclusive dans 1 seul site,
- 12% travaillent uniquement au bloc opératoire,
- 71% exercent en alternance au bloc opératoire et en SSPI,
- moins de 1% sont affectés de manière permanente en SSPI.

**En ce qui concerne l'enquête des pratiques**. Elle vise à identifier la conformité de l'exercice professionnel avec la réglementation. Toutefois elle ne mesure pas les pratiques des établissements, les IADE n'ayant répondu que pour eux-mêmes.

Pour ce qui est de la présence du MAR pendant la période de réveil il apparaît que :

- le médecin est parfois présent dans 55% des cas en Centre Hospitalier Universitaire et 70% en Centre Hospitalier Régional,
- le médecin est souvent présent dans 25% des cas,
- le médecin est toujours présent dans 5% des cas.

Pour ce qui est de la disponibilité du MAR, il apparaît qu'il est toujours disponible dans 98% des cas.

Pour ce qui est de l'extubation en SSPI :

- 85% des IADE la pratique,
- un médecin est toujours présent dans 5% des cas,
- souvent présent dans 10%,
- parfois présent dans 65%,
- jamais présent dans 23%.

Le SNIA rappelle que la formation des IADE leur permet d'extuber un patient en toute sécurité ; le médecin délègue donc largement l'extubation et la surveillance des patients en SSPI aux IADE.

Par ailleurs, l'enquête révèle que la décision de sortie est toujours ou souvent prise par le médecin dans seulement 55% des cas, alors que légalement celle-ci relève de leur compétence exclusive.

Il semblerait que la réglementation ne soit pas toujours bien adaptée aux fonctions réelles de l'IADE puisqu'on relève un manque de concordance entre l'application des textes et les pratiques professionnelles.

En résumé, nous retenons que le contexte général de fonctionnement des SSPI est réglementé en terme d'activité, mais sans imposer d'obligation quant à la spécialisation du personnel infirmier.

Toutefois, la présence des IADE en SSPI sur le territoire national est bien réelle puisque 2/3 d'entre eux y exercent en alternance avec le bloc.

Concernant l'autonomie de l'IADE en SSPI, les textes restent suffisamment imprécis pour permettre des pratiques professionnelles au sein desquelles le MAR délègue largement la réalisation de l'extubation, voire amène l'IADE à outrepasser ses responsabilités quant aux critères de sortie.

En référence aux recherches exposées précédemment, étudions maintenant la problématique inhérente à la position du personnel médical et paramédical vis-à-vis de la mise en place du projet des IADE en SSPI au niveau des Hôpitaux de Toulouse.

## **4- LE CONTEXTE LOCAL**

## 4- LE CONTEXTE LOCAL

### 4-1 Implantation de la profession d'Infirmier Anesthésiste à Toulouse

Comparé au reste du territoire national, la profession d'infirmier anesthésiste est relativement jeune sur Toulouse.

En 1987, la réforme des études médicales rend l'internat obligatoire pour pratiquer l'anesthésie réanimation. Jusque là la politique des hôpitaux de Toulouse ne prévoyait pas la création d'une école d'IADE afin de préserver le caractère strictement médical de la spécialité.

L'exercice quotidien des nombreux étudiants en 6<sup>ème</sup> année de certificat d'études spécialisées en anesthésie, répondait alors aux besoins des blocs opératoires.

Face aux demandes réitérées de la DRASS (Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) et aux conséquences prévisibles de la réforme avec une moindre orientation des médecins vers l'anesthésie réanimation, l'école ouvre ses portes en 1988.

Au fil des années, les promotions et les embauches d'IADE se sont succédées. Elles ont permis de pourvoir l'ensemble des blocs opératoires, puis les urgences et enfin des services tels que l'endoscopie, la radiologie interventionnelle et la neuroradiologie.

Pendant longtemps, l'IADE toulousain a exercé ses fonctions essentiellement en salle d'opération. La profession a été perçue de diverses manières par les médecins anesthésistes, considérant les IADE comme des collaborateurs, ou au contraire, des « rivaux ».

Cependant, malgré cette reconnaissance fluctuante, les IADE ont développé leurs capacités et acquis, au cours des années davantage d'autonomie et de responsabilité.

Leur identité professionnelle s'est construite autour d'un certain nombre de pratiques au sein desquelles l'IADE joue un rôle majeur dans la conduite de l'anesthésie générale ou locorégionale.

Les conditions d'exercice ont favorisé la collaboration du binôme IADE/MAR mais aussi des transferts de compétences pour ce qui est de la pratique d'anesthésies locorégionales et de pose de voie veineuse centrale.

De récentes publications du Conseil National de l'Ordre des Médecins<sup>12</sup> concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, et autres spécialistes ou professionnels de Santé visent à définir plus précisément les rôles et responsabilités respectifs des médecins et des IADE ; elles soulignent et renforcent les responsabilités du médecin dans la délégation de gestes techniques à l'IADE.

Au niveau des Hôpitaux de Toulouse, un article<sup>13</sup> publié par le Professeur K. Samii et le Docteur O. Fourcade rappelle les risques liés à une interprétation permissive du Décret de compétences du 11/02/2002 :

*« De notre avis, l'IADE à ce jour n'est pas habilité à pratiquer les ALR ni à poser une voie veineuse centrale... ».*

---

<sup>12</sup> Document adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Décembre 2001.

<sup>13</sup> SAMII Kamran, FOURCADE Olivier « MAR et IADE : Qui est responsable de quoi ? Le point de vu de MAR de CHU. » CHU de Toulouse 24-02-04.

Concrètement, il apparaît que les pratiques professionnelles et les conditions d'exercice évoluent :

- dans le sens d'une restriction dans la réalisation de certains gestes techniques,
- dans le sens d'un développement des missions transversales de l'IADE : Vigilances sanitaires, et prise en charge de la douleur qui l'amènent à exercer ses fonctions en dehors d'une salle d'opération,
- dans l'élaboration de projets de restructuration sous forme de pôles d'activités qui engendreront nécessairement davantage de polyvalence et de mobilité de la part du personnel soignant.

C'est dans ce contexte d'évolution locale, qui rencontre une adhésion mitigée de la part des IADE, que la création de postes budgétisés d'IADE en SSPI sur les Hôpitaux de Toulouse a été annoncée.

Mais qu'en est-il exactement de ce projet ?

## **4-2 Présentation du projet**

Ce recueil d'informations a été réalisé au mois de janvier 2004 auprès de Mme Sterckman, Cadre Supérieur Infirmier Anesthésiste des pôles Anesthésie Réanimation et Urgences SAMU du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

Un des choix d'orientation de l'actuelle Direction des Soins Infirmiers est d'organiser la participation des IADE au fonctionnement des SSPI dans le cadre d'une politique de sécurité anesthésique optimale.

Ce projet envisage la mise en place d'un IADE au sein des équipes d'infirmiers dans 5 SSPI réparties sur les différents sites des hôpitaux de Toulouse ; SSPI qui accueillent plusieurs spécialités chirurgicales et qui présentent un turn-over important de patients avec une activité de réveil et de réanimation post-opératoire.

Il s'agit :

- sur le site de Purpan des SSPI :
  - du bloc centre (chirurgie digestive, vasculaire, maxillo-faciale et sismothérapie),
  - du bloc des Urgences,
  - de l'hôpital des Enfants,
- sur le site de Rangueil de la SSPI du BOH2 (chirurgie digestive, urologique et plastique)
- sur le site de Larrey de la SSPI du bloc oto-rhino-laryngologie et chirurgie thoracique.

Les horaires de présence de l'IADE, adaptés au tableau opératoire, seraient de 9 heures à 17 heures ou de 10 heures à 18 heures selon l'heure de la première intervention chirurgicale. L'objectif étant de le positionner sur le pic d'activité opératoire.

Aucun délai d'application n'a été déterminé. Il sera fonction des effectifs et des possibilités de recrutement. Il est cependant probable que plusieurs postes budgétisés sous la dénomination « IADE de SSPI » concernent les élèves infirmiers anesthésistes de la promotion 2002/2004.

Toutefois, il ne faut pas entendre par là que de nouveaux diplômés seront affectés à temps plein dans ces structures.

En effet, afin que tous les IADE en activité participent à l'exercice de leur profession en SSPI, l'actuelle planification prévoit un roulement équivalent à une semaine par an et par agent.

Cependant les modalités précises de fonctionnement restent à définir.

Des réunions de travail sont prévues à cet effet. Elles seront conduites par un cadre infirmier anesthésiste et auront pour mission de permettre au personnel paramédical concerné de se rencontrer et de réfléchir ensemble afin d'établir une fiche de poste de l'IADE en SSPI.

Ces groupes de réflexion devraient amener chaque professionnel à redéfinir l'ensemble des tâches qui lui incombent et auxquelles il peut prétendre au titre de sa formation mais aussi de son expérience dans un souci constant de qualité des soins et dans une ambiance de collaboration.

## **5- ENQUETE SUR LA REPRESENTATION DE LA PLACE DE L'IADE EN SSPI**

## **5- ENQUETE SUR LA REPRESENTATION DE LA PLACE DE L'IADE EN SSPI**

### **5-1 Méthodologie**

#### **5-1-1 Présentation**

Le socle de la forte identité professionnelle du corps des infirmiers est constitué de pratiques et de valeurs qui permettent à chaque soignant de se reconnaître dans un contexte varié et complexe.

Identité bousculée par une évolution qui oblige les acteurs à envisager leur modèle professionnel et ses interactions, sous un jour nouveau.

Cette enquête n'est pas une étude comparative des compétences des infirmiers généraux et spécialisés.

Elle s'inscrit dans une démarche d'analyse, de compréhension des réactions suscitées par l'annonce du projet d'investissement des IADE en SSPI ; démarche qui a nécessité d'entendre et de déchiffrer la représentation de l'IADE pour lui-même et les soignants avec lesquels il collabore.

Ce questionnement a entrouvert la porte du ressenti personnel des soignants quant au rôle de chacun, défini et reconnu par ses pairs.

Il a permis à beaucoup d'exprimer leurs craintes en terme de perte de reconnaissance de leur qualification, de remise en question de leur place dans l'organisation du soin apporté au patient et les a amené à rappeler les valeurs qu'ils défendent.

#### **5-1-2 Choix des outils**

Pour l'essentiel de l'étude, j'ai préféré l'entretien au questionnaire.

L'enquête renvoie en effet à l'expression de conceptions personnelles qu'il est parfois difficile de susciter et d'exposer en réponse à des questions précises.

Des rencontres ont été organisées sur les lieux d'exercice des interviewés autour de questionnements semi directifs dans le but de favoriser la libre expression de chacun.

Cependant, pour des raisons de délai, j'ai été amené à utiliser un questionnaire.

Dans le but de recueillir des expériences concrètes de la pratique infirmière anesthésiste en SSPI, je me suis adressée de manière personnelle à une IADE exerçant au CHIVA. Les questions lui ont été transmises par téléphone. Elle s'est ensuite chargée de les diffuser auprès de ses collègues. Les réponses ont été retournées par courrier et constituent un témoignage de leur vécu à prendre en considération, bien que la rigueur méthodologique n'ait pas été respectée.

Il s'agit de 5 questions concernant :

- L'application des compétences spécifiques de l'IADE,
- La place de l'IADE dans l'équipe d'IDE,

- La relation avec les IDE,
- Le champ d'action par rapport aux MAR,
- Le fait d'avoir ou non trouver sa place en SSPI.

### **5-1-3 Population étudiée**

La participation des IADE à l'activité de SSPI va, nécessairement, engendrer des modifications dans la pratique quotidienne de chaque intervenant. Des entretiens ont donc été réalisés auprès de tous les personnels médicaux et paramédicaux intervenant en SSPI, hormis les aides-soignants et les chirurgiens pour un problème de faisabilité en terme de délai et de défaut d'intérêt par rapport à notre sujet.

L'enquête a concerné :

- 4 IADE dont 3 exerçant sur l'hôpital Purpan et 1 sur l'hôpital de Rangueil,
  - 4 cadres IADE représentant les sites de Purpan, Rangueil et l'hôpital des Enfants,
  - 3 IDE de SSPI du site de Purpan,
  - 3 MAR travaillant respectivement sur les sites de Purpan, Rangueil et Larrey.
- Tous sont susceptibles d'être concernés par le projet.

Par ailleurs 7 questionnaires ont été soumis à des IADE du CHIVA.

### **5-1-4 Elaboration des grilles d'entretien**

Les entretiens comportent 6 à 8 questions spécifiques à chaque catégorie professionnelle.

Celles-ci partent de l'hypothèse que l'IADE a un rôle en SSPI.

Elles tendent à recueillir des informations et des opinions quant :

- aux représentations de la place de l'IADE en SSPI,
- à l'application de ses compétences spécifiques,
- aux modalités d'organisation,
- aux réticences et potentiels conflits,
- au positionnement face à ce projet.

### **5-1-5 Réalisation**

Les personnels concernés ont été contactés dans un premier temps par téléphone afin de leur expliquer l'objectif de l'enquête et de convenir d'un rendez-vous.

Avant chaque rencontre, j'ai rappelé et garanti le caractère anonyme des entretiens et demandé l'autorisation d'enregistrer la séance.

Les auditions ont duré 30 minutes en moyenne.

Elles ont été réalisées courant janvier et février 2004

### **5-1-6 Traitement**

Le contenu des conversations a été retranscrits dans sa totalité.

Dans un premier temps, j'ai entrepris une analyse quantitative puis descriptive des entretiens par catégorie professionnelle.

Dans un deuxième temps, la réalisation d'un tableau a permis de récapituler l'ensemble des données révélées par les entretiens avant d'en faire l'analyse explicative. Les résultats apportés par le questionnaire adressé au CHIVA ne sont pas intégrés dans le tableau.

## **5-2 Analyse des entretiens avec les cadres IADE**

### **5-2-1 Population – échantillon**

Entretiens réalisés avec trois cadres IADE et un cadre supérieur IADE chargé de la mise en place du projet des IADE en SSPI. Ils sont représentatifs des différents sites des Hôpitaux de Toulouse.

### **5-2-2 Présentation des questions**

- 1/ Pouvez-vous en quelques mots définir la place de l' IADE en SSPI ?
- 2/ Quel sera le positionnement de l' IADE par rapport à l'activité opératoire ?
- 3/ Quel sera le rôle de l' IADE ?
- 4/ Comment expliquez-vous les réticences de la profession à l'annonce de ce projet ?
- 5/ Par quel biais pourrait-on créer une dynamique de travail IDE/IADE ?
- 6/ Quel sera le cadre de compétence de l' IADE vis-à-vis du MAR ?

### **5-2-3 Analyse quantitative et descriptive**

L'analyse est surtout descriptive car les cadres IADE se sont positionnés de la même manière. Des thèmes non annoncés par les questions ont été abordés pour compléter nos informations.

L'objectif commun annoncé des cadres IADE est de parvenir à articuler efficacement deux professions : IDE et IADE, au sein d'un même lieu, au service du patient. Le tout dans un contexte de collaboration et afin d'améliorer la sécurité anesthésique.

#### **Sur le thème des compétences IDE :**

Ils précisent qu'il ne s'agit pas de remettre en cause les compétences des IDE formés au réveil post-anesthésique, mais bien de s'adapter à l'évolution de l'activité des SSPI lourdes, en terme de réveil et de prise en charge post-opératoire (extubation incluse).

### **Sur le thème de l'évolution de l'activité des SSPI**

Dans le cadre d'une étude réalisée au BOH2 à Rangueil, il apparaît que le pourcentage de patients sortant de salle d'opération intubés et ventilés est passé de 18% en 2000 à 60% deux ans plus tard.

D'une manière consensuelle, les cadres insistent sur les risques majeurs liés au réveil anesthésique, période critique par excellence après celle de l'induction. Ils s'attachent à définir la SSPI comme un lieu qui doit se donner les moyens d'être reconnu comme un espace de haute sécurité pour le patient.

### **Sur le thème de l'application des compétences spécifiques de l'IADE**

Ils l'argumentent de la sorte :

- « *De part ses connaissances pharmacologiques et sa confrontation quotidienne aux effets résiduels des médicaments de l'anesthésie, l'IADE est plus à même d'évaluer la qualité du réveil et de juger du moment de l'extubation, sans sollicitation médicale obligatoire.* »
- « *De part ses capacités gestuelles et sa pratique en salle, l'IADE peut assurer une ventilation au masque sur un patient en apnée en cas de complications et en attendant l'arrivée du MAR.* »

Ainsi l'IADE apporterait un savoir et un savoir faire.

### **Sur le thème des réticences exprimées par les IADE**

Face aux réticences largement exprimées, les cadres renvoient les IADE à leur décret de compétence : le réveil, qu'il se déroule en salle ou en SSPI est une compétence exclusive IADE.

Ils s'attachent aussi à leur rappeler leurs obligations dans la prise en charge globale du patient en rapport avec la réalisation des soins infirmiers dans le cadre de leur rôle propre.

### **Sur le thème du rôle de l'IADE**

Pour trois cadres sur quatre, il doit être possible d'envisager l'IADE intégré à l'équipe IDE. Cette organisation l'amenant à prendre en charge des patients et à se rendre disponible pour répondre aux sollicitations de ses collègues IDE en cas de besoin et ce dans la mesure où ses connaissances théoriques et sa pratique professionnelle le permettent et l'autorisent.

Toutefois, une des personnes interrogées précise:

*« le but est d'optimiser la sécurité anesthésique, il ne me semble pas souhaitable, ni réellement envisageable que l'IADE simultanément: surveillent et assurent les soins post-opératoires à des patients lourds (incluant extubation, prise en charge de la douleur avec mise en route des pompes à morphine sur prescription médicale) et engage sa responsabilité juridique en participant à la prise en charge d'autres patients en phase de réveil ou présentant des signes de complications en l'absence d'un MAR.»*

La réalisation de la fiche de poste est la prochaine étape. Elle doit amener des IDE et des IADE à se réunir et à définir les tâches qui incombent aux soignants dans le cadre d'une amélioration de la qualité des soins prodigués aux malades. Les cadres souhaiteraient que ces rencontres permettent à chacun de s'exprimer, de se positionner.

Ils rappellent qu'un certain nombre de modalités de fonctionnement restent à définir, notamment quant à l'exercice ponctuel des IADE dans des SSPI ne dépendant pas de leur lieu de pratique quotidienne.

### **Sur le thème du cadre de compétence de l'IADE vis-à-vis du MAR**

En ce qui concerne la marge d'autonomie de l'IADE vis-à-vis du MAR dans la délégation de geste tel que : la gestion du sevrage ventilatoire, l'extubation sans sollicitation médicale obligatoire, ou encore l'injection d'atropine face à une bradycardie menaçante, ou toute autre complication survenant en l'absence d'un médecin, les cadres insistent sur la vérification par l'IADE de prescriptions médicales post-opératoires écrites, claires et adaptées au moment de l'accueil du patient en SSPI.

### **Sur le thème des conflits**

La population cadre interrogée a clairement pris la mesure qu'un temps d'adaptation sera nécessaire. Elle avance qu'il permettra peut-être aux uns et aux autres de trouver sa place naturellement et de manière moins conflictuelle que les actuelles réactions le laissent présager.

Cependant elle reconnaît que la place et le rôle qui seront dévolus à l'IADE, en interaction avec les IDE et les MAR seront déterminées par les acteurs en présence et la représentation que chacun se fait de son identité professionnelle.

Au cours de ces entretiens une expérience de quelques semaines mettant en présence IADE et IDE en SSPI m'a été rapportée : face à une pénurie de personnel, la SSPI du BOH2 a été amenée pendant l'été 2003 à accueillir pendant quelques semaines une IADE au sein de l'équipe IDE.

Telle que relatée, il semble apparaître que l'IADE à sa place en SSPI et que ses compétences spécifiques ont effectivement apporté un plus dans la prise en charge des patients.

Le cadre interrogé à ce sujet rappelle encore une fois que la présence d'un IADE est recommandée au vu des statistiques nationales mettant en évidence que la plupart des complications post-opératoires ont lieu au moment du réveil .

Il est souligné que la compétence IDE n'est pas remise en cause, mais que la formation au réveil anesthésique qui se déroule sur une semaine et qui balaie un certain nombre de domaines reste malgré tout succincte. Elle ne permet pas la pratique quotidienne du maniement des drogues et de la prise en charge de la ventilation au masque.

Par ailleurs dans le cadre d'une politique prônant la polyvalence des agents, les équipes IDE de SSPI sont mobiles. Un temps d'adaptation est nécessaire pour connaître les spécialités.

La compétence de l'IADE trouve son application en terme d'anticipation face à l'interprétation de signes cliniques et monitorés. Il semblerait que les IADE et les IDE ont été satisfaites de cette collaboration sous forme d'échanges de savoir et de pratiques et ce dans le respect et la reconnaissance des compétences de chacun.

Cette prise en charge collégiale des patients au sein de laquelle un seul IADE était intégré à l'équipe IDE avec un rôle de « superviseur », d'encadrement a semble-t-il été bien vécue.

Mais le cadre précise : Si à terme, la politique est de mettre en place plusieurs IADE avec des IDE, c'est-à-dire une IADE par vacation puis plusieurs IADE par vacation, la répartition des tâches devra les amener logiquement à être sectorisés et à prendre en charge des patients.

D'après le cadre responsable de cette expérience, ce poste avec une fonction d'encadrement serait mieux ressenti, tant par les IDE ravis que les IADE participant à certaines extubations en l'absence du MAR, que par les IADE craignant un retour en arrière.

### **5-3 Analyse des entretiens avec des IADE n'ayant jamais exercé leur profession en SSPI**

#### **5-3-1 Population échantillon**

Enquête réalisée auprès de quatre IADE :

- Trois IADE exerçant sur différents blocs opératoires du site Purpan
- Un IADE exerçant à Rangueil

Ancienneté dans la profession IADE : 18 mois à 7 ans.

#### **5-3-2 Présentation des questions**

- 1/ Quelle est votre représentation de la place de l'IADE en SSPI ?
- 2/ Comment envisagez-vous l'application de vos compétences spécifiques ?
- 3/ Comment vous positionnez-vous face à ce projet ?
- 4/ Que pensez-vous des modalités d'application prévues, à savoir une semaine par an et par agent ?
- 5/ Pensez-vous que cela va générer des conflits ?
- 6/ Quels sont vos questionnements ?

#### **5-3-3 Analyse quantitative**

##### **Sur le thème de la place de l'IADE en SSPI :**

Dans le cadre de SSPI recevant un nombre important et croissant de patients intubés et ventilés, et qualifiée de SSPI « lourde », la présence recommandée d'un IADE n'a été contestée par aucun des professionnels interrogés.

##### **Sur le thème de l'application de leurs compétences spécifiques :**

- L'application de leurs compétences spécifiques ne fait pas de doute, qu'il s'agisse :
- de la réalisation de certains gestes tels que la ventilation au masque et à l'insufflateur manuel voire la réintubation dans le cadre de l'urgence en l'absence d'un MAR ;
  - de l'appréciation du réveil et du moment opportun de l'extubation, au vu de la clinique, du monitoring mais aussi, à la lecture et la compréhension des indications portées sur la feuille d'anesthésie notamment quant aux drogues utilisées ;
  - de recourir à certains dispositifs médicaux tels que le curamètre en cas de besoin.

### **Sur le thème de leurs positionnements face à ce projet**

L'annonce de ce projet sous la formulation : « un IADE à la place d'un IDE » a provoqué nombre de réactions virulentes.

Citons un extrait d'entretien réalisé avec un Cadre IADE : « *La discorde est venue du fait qu'on a dit un IADE à la place d'un IDE, cela a amené des réticences, on aurait peut-être pas du le préciser, mais cela a été fait car il fallait l'annoncer comme tel au vu de ce qui pouvait apparaître à la Bourse des emplois.* »

### **Sur le thème des questionnements et des modalités d'application**

Le questionnement de 3/4 des IADE rencontrés s'articule autour de thèmes communs :

- Ce projet répond-il à une réelle volonté d'améliorer la sécurité anesthésique et à une démarche qualité des soins dans la prise en charge du patient ou bien est-ce un moyen de pallier à une pénurie d'IDE ?

- A terme ce projet va-t-il aboutir à la suppression de postes d'IDE de SSPI, IDE dont la compétence au quotidien a justifié la confiance accordée jusque là ?

- Comment envisager d'améliorer la sécurité anesthésique si l'IADE doit à la fois prendre en charge des patients lourds, intubés et ventilés et répondre aux sollicitations légitimes des IDE, participer aux extubations, mettre en route les pompes à morphine et assurer par ailleurs un rôle dans la gestion des risques et des vigilances sanitaires, notamment l'hémovigilance, la matériovigilance et la pharmacovigilance.

Citons un IADE :

« *Moi, ce dont j'ai peur, c'est que l'IADE remplace un IDE, à la longue cela va engendrer la suppression de postes d'IDE... On ne peut pas être au four et au moulin, cela va faire trop s'il faut, par exemple, prendre en charge trois patients dont deux intubés et en même temps répondre aux demandes de l'IDE qui va t'appeler parce qu'elle a un souci avec un malade. Moi, ce n'est pas comme ça que je la vois la place de l'IADE. Aider les IDE qui sont en poste (à préparer,...), les soulager par rapport à leur travail, oui, remplacer un IDE, non, car c'est la porte ouverte au fait qu'il y ait moins d'IDE en SSPI.* »

- Si les MAR n'ont jamais travaillé avec l'IADE présent pour la semaine : Comment établir une relation de confiance, afin, par exemple, que la délégation de l'extubation sans sollicitation médicale obligatoire s'instaure progressivement, et que le MAR soit effectivement davantage disponible pour les patients en salle ?

Citons un IADE :

« *Pour un problème de sécurité anesthésique, pour un problème de connaissance des locaux, il ne faut pas que des IADE soient parachutés pour une semaine par an dans des SSPI non connues. Ce doit être des IADE exerçant dans le bloc dont dépend la SSPI. Cela permettra une meilleure acceptation de la part du personnel et donc moins de conflits. Moi, ce dont j'ai peur, c'est que les MAR ne fassent pas confiance aux IADE qu'ils ne connaissent pas. Il faut du temps pour être reconnu.* »

- Comment se sentir efficace, compétent et avoir le sentiment d'être à sa place parmi les IDE expérimentés de SSPI si la pratique professionnelle n'a pas permis de maîtriser les spécificités relatives à chaque chirurgie, s'il faut appréhender en et pour une semaine les personnels médicaux et paramédicaux, les locaux et les habitudes de chacun ?

### 5-3-4 Analyse descriptive

Au vu de ces différentes considérations les IADE semblent remettre en question le bénéfice légitime attendu dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail.

Ils s'interrogent sur le fait que l'on puisse raisonnablement attendre des IADE qu'ils soient compétents dans des domaines qui ne relèvent pas de leur pratique quotidienne.

Autre citation :

*« C'est bien de bouger, de changer de spécialités pour être polyvalent mais on ne peut pas être compétent dans pleins de domaines, il faut du temps pour être à l'aise et avoir des automatismes. Il faut prendre ses marques pour être bien. Et là, on ne nous fera pas de cadeau, on nous demandera des comptes, on est passible du pénal. Moi, je refuserai d'aller à droite et à gauche car c'est mettre en danger notre profession et à terme la sécurité du patient. »*

Ils se posent la question de savoir si cette démarche est compatible avec la volonté d'augmenter la sécurité post-anesthésique.

Dans le cas où l'application de ce projet les amènerait à exercer dans des SSPI dont ils ne connaissent pas les spécialités chirurgicales, ils demandent à bénéficier de formations.

Pour 3/4 des professionnels interrogés, l'IADE est aussi un IDE. Le fait d'avoir à pratiquer des soins infirmiers relevant du rôle propre de l'IDE n'est pas remis en cause.

Personne n'est réellement contre ce projet puisque le réveil est le prolongement de l'anesthésie. Mais, tous s'attachent à préciser et à répéter qu'il n'est concevable que dans des structures importantes de SSPI et recevant des patients intubés.

En résumé, ce n'est pas tant le fond que la forme qui semble poser problème. Les inquiétudes proviennent essentiellement des modalités d'application annoncées.

Ils envisagent la place de l'IADE dans :

- un rôle d'encadrement. Pour davantage de sécurité anesthésique : par exemple extuberer avec, surveiller avec, en cas de monitoring invasif, bien qu'ils fassent remarquer que beaucoup d'IDE proviennent des services de réanimation ou de soins intensifs et que la manipulation de ces dispositifs ne leur est pas inconnue.
- Un rôle de référent : par exemple dans la prise en charge de la douleur et dans le maniement des analgésiques et des dispositifs d'administration sur prescription médicale.
- Un rôle d'information et de formation, sur des dispositifs médicaux tel que le curamètre ou encore sur la pharmacocinétique des drogues utilisées et qui interfèrent avec les délais et les conditions de réveil.
- Un rôle d'intermédiaire entre l'IDE et le MAR dans la gestion des incidents mineurs au quotidien et un rôle de relais effectuant les premiers gestes de survie dans l'urgence en attendant l'arrivée du MAR.
- La prise en charge ponctuelle de patients en fonction des besoins. L'objectif étant aussi, d'aider les IDE à gérer l'organisation de la SSPI, si cela est nécessaire lors de l'accueil des opérés, de les accompagner, en fonction de leur demande pendant la phase de réveil qui intervient généralement dans les 10 à 20 minutes après la sortie de salle.

Le but est de les soulager, surtout lorsque la charge de travail est lourde et que plusieurs patients arrivent en un court laps de temps.

Ils estiment que cette démarche contribuerait probablement à améliorer les conditions de travail en SSPI.

Toutefois, la moitié des personnes interrogées font remarquer que ce rôle risque d'être mal accepté par des IDE expérimentés et que cela engendrera des relations conflictuelles.

Aucun des IADE avec lesquels nous nous sommes entretenus n'a la volonté d'outrepasser son décret de compétence, le MAR devant au minimum être informé à posteriori de l'extubation. La pratique de ce geste n'étant concevable que si le patient ne présente pas de facteurs de risques. Tous ont connaissance du caractère strictement médical des prescriptions (en dehors de l'urgence) et des critères de sortie.

Cependant et dans le cas de l'urgence, 2 IADE sur 4 estiment que des protocoles rédigés par les MAR, connus et appliqués par les IADE et réglementant leur marge d'action seraient préférables.

Tous s'attendent à des conflits dont le caractère aigu sera fonction des personnalités en présence, du rôle déterminé par la fiche de poste, et du lieu d'exercice.

Difficile cependant de ne pas reconnaître un manque d'intérêt évident chez la majorité des IADE interrogés, voire un sentiment de régression, une crainte de perte de reconnaissance de leur qualification pour bon nombre dont les compétences et la pratique quotidienne leur ont donné une autonomie certaine, assumée et reconnue.

## **5-4 Analyse des entretiens avec 3 IDE DE SSPI**

### **5-4-1 Population échantillon**

Enquête réalisée auprès de 3 IDE exerçant leur profession dans des SSPI « lourdes », avec une ancienneté de 1 à 7 ans en SSPI.

### **5-4-2 Présentation des questions**

- 1/ Avez-vous reçu une formation spécifique sur le réveil anesthésique ?  
La jugez-vous suffisante ?
- 2/ Dans l'exercice quotidien de vos fonctions, avez-vous l'impression de manquer de connaissances théoriques ou d'expérience pratique face à certaines situations ?
- 3/ Comment envisagez-vous la mise en place des IADE en SSPI ?
- 4/ Pensez-vous que les IADE puissent avoir un rôle formateur ?
- 5/ Pensez-vous que les IADE doivent être intégrés aux équipes ou assurer un rôle d'encadrement, de supervision ?
- 6/ Avez-vous noté une évolution dans l'activité de la ou des SSPI dans lesquelles vous travaillez ?

### **5-4-3 Analyse quantitative**

#### **Sur le thème de la formation :**

Tous ont reçu une formation sur le réveil anesthésique, immédiatement ou dans les mois qui ont suivi leur prise de fonction.

Formation jugée complète et suffisante et leur ayant permis d'accéder à une meilleure compréhension de la prise en charge médicale et paramédicale des patients au quotidien et des risques de complication liés à l'anesthésie.

- 2/3 souhaiteraient bénéficier d'une remise à jour concernant les nouveaux produits de l'anesthésie et de l'analgésie.

#### **Sur le thème de leurs compétences :**

3/3 évaluent leurs compétences et leurs capacités adaptées à la prise en charge des patients en phase de réveil. Ils exercent leur métier en toute sérénité dans la mesure où un MAR peut effectivement intervenir à tout moment.

- 2/3 précisent cependant avoir ressenti stress et peur à leur début face à certaines situations sortant de leur cadre de compétence et leur posant des soucis d'interprétation.

#### **Sur le thème de l'évolution des SSPI :**

2/3 remarquent une évolution dans l'activité des SSPI : avec une augmentation du nombre de patients accueillis intubés et ventilés, une population plus âgée et plus fragile présentant donc des risques de complications post-opératoires majorés

- 2/3 avancent que la difficulté du travail au quotidien ne réside pas tant dans la prise en charge des malades que dans l'organisation de la réception des opérés de différentes spécialités chirurgicales.

#### **Sur le thème de la place de l'IADE en SSPI :**

Pour tous, l'IADE a sa place en SSPI, dans la mesure où le réveil appartient à l'anesthésie.

- 1/3 se sentirait même rassuré par la présence permanente d'un IADE face à certaines situations potentiellement dangereuses quand le MAR tarde à se libérer, et notamment lors de l'extubation.

- 2/3 avancent que l'IADE serait en mesure de répondre à au moins 50% des sollicitations adressées au médecin. Tous précisent qu'ils sont amenés, régulièrement, à demander conseil et information aux IADE qui assurent les transferts des patients, des salles vers la SSPI, en particulier dans l'appréciation des critères de réveil.

Au total, 3/3 lui confèreraient un rôle de formateur et seraient prêts à travailler en collaboration avec lui.

#### **Sur le thème des modalités d'organisation :**

2/3 ne l'envisagent qu'intégré à l'équipe IDE, prenant en charge des malades. Les IADE seraient amenés au cas par cas à appliquer leurs compétences spécifiques en prenant certaines initiatives ne nécessitant pas systématiquement l'appel du MAR. Mais il leur apparaît clairement que chaque IDE ou IADE doit demeurer responsable de ses patients.

Dans ce cadre, la répartition de la charge de travail amènerait effectivement une amélioration des conditions d'exercice et de la sécurité des patients en matière de prévention des complications.

Tous, rappellent toutefois, que l'IADE ne solutionnera pas tous les problèmes et qu'un MAR, qu'ils souhaiteraient référent du réveil reste disponible sans délai.

- 1/3 ne verrait pas d'objection réelle à la présence de l'IADE surajoutée à l'équipe IDE jouant un rôle d'intermédiaire entre l'IDE et le MAR dans le cadre d'une activité transversale.

Au total donc, 2/3 ne pensent pas pouvoir fonctionner avec un IADE ayant un rôle d'encadrement et précisent que l'IADE de par son rôle propre d'IDE doit être en mesure d'assumer les soins infirmiers de base et le nursing nécessaire à la prise en charge globale de tout patient.

Citons un IDE : « *Je ne veux pas d'un IADE dans un rôle de chef, on veut des gens qui bossent, à savoir, prendre des malades en charge et être capable de prendre des initiatives complémentaires en cas de besoin.* »

- 3/3 ne sont pas favorables à un roulement des IADE en SSPI. La présence d'un IADE ne maîtrisant pas les complications et les règles de prise en charge spécifiques de telle ou telle chirurgie, ne connaissant ni le personnel aide-soignant, IDE et MAR, ni les locaux n'améliorera pas la qualité des soins. Par ailleurs les IDE affirment qu'une si courte durée ne contribuera pas à l'intégration de l'IADE à l'équipe et ne l'engagera pas à s'investir.

#### **Sur le thème des conflits :**

3/3 craignent des conflits liés au manque d'intérêt des IADE vis-à-vis de l'élargissement de leur exercice aux SSPI. Les IDE s'attendent à une cohabitation difficile mais qui sera cependant à la mesure des personnalités et des prétentions des IDE comme des IADE.

- 3/3 redoutent que le remplacement d'IDE, par un, puis par plusieurs IADE, aboutisse à terme à la suppression de postes et à leur mutations dans d'autres secteurs d'activité.

#### **5-4-4 Analyse descriptive**

Il semblerait que les infirmiers de SSPI ne se positionnent pas foncièrement contre la mise en place d'un IADE au sein de leurs équipes.

Ils se disent même prêts à travailler en collaboration avec lui dans la mesure où il s'agirait d'un échange de savoirs et de savoir-faire qui ne pourrait que s'avérer bénéfique pour le patient.

Ils accordent donc à l'IADE un rôle justifié de formation et d'information.

Leurs réserves quant au bon déroulement de ce projet sont liées au comportement craint d'infirmiers spécialisés oubliant leur rôle propre et se réservant les tâches les plus intéressantes, à savoir le sevrage du respirateur, l'extubation ou encore la mise en route des pompes à morphine.

Ils n'envisagent majoritairement pas l'IADE dans un rôle de superviseur, qui ôterait aux IDE spécialisés la réalisation des soins infirmiers.

## **5-5 Analyse des entretiens avec des médecins Anesthésistes Réanimateurs**

### **5-5-1 Population échantillon**

Pour bénéficier d'un échantillon diversifié, j'ai présente cette enquête sur la place de l'IADE en SSPI à trois médecins anesthésistes réanimateurs exerçant dans des sites différents des Hôpitaux de Toulouse. Tous vont être concernés par ce projet puisqu'il est prévu que les SSPI des blocs dans lesquels ils exercent accueillent des IADE. Nous avons choisi de faire figurer en annexe l'entretien qui nous a semblé le plus objectif et conforme à la réglementation (Annexe 2).

### **5-5-2 Présentation des questions**

- 1/ Comment envisagez-vous la place de l'IADE en SSPI ?
- 2/ Pensez-vous que l'IADE puisse y appliquer ses compétences spécifiques ?
- 3/ Ne craignez-vous pas que le rôle de l'IADE n'empiète sur celui du MAR ?
- 4/ La présence de l'IADE doit-elle favoriser la rédaction de protocoles d'urgence en SSPI ?
- 5/ Délègueriez-vous plus de gestes à un IADE qu'à un IDE ?
- 6/ En terme d'organisation, pensez-vous que l'IADE doit être intégré à l'équipe ou doit-il avoir un rôle de superviseur ?
- 7/ Que pensez-vous de la proposition de faire tourner les IADE dans des SSPI autres que celles des blocs où ils exercent et à raison d'une semaine par an et par agent ?
- 8/ Pensez-vous que cela va générer des conflits ?

### **5-5-3 Analyse quantitative**

#### **Sur le thème de la place et du rôle de l'IADE en SSPI et de l'application de ses compétences spécifiques :**

Il apparaît que pour 2/3 des professionnels interrogés l'IADE à sa place au sein des salles de surveillance post-interventionnelle.

- Pour 2/3 avec un rôle de « superviseur » se situant entre l'IDE et le MAR alliant des fonctions de référent et de formateur. Il pourrait s'agir d'une activité transversale, incluant la matériovigilance.

Reprenons un extrait d'un des entretiens réalisés avec un MAR :

*« J'ai des difficultés à imaginer l'IADE en SSPI, du moins pas comme un infirmier comme les autres. De deux choses l'une, où il y a un IADE par SSPI, un ou deux selon les besoins, qui ont un rôle un petit peu de cadre, de gestion de matériel, ça, ça peut éventuellement se concevoir. Mais, je ne vois pas et je ne vois même que des inconvénients à mixer dans les équipes des IADE et des IDE. Cela va être générateur de conflits, de tensions. Il ne faut pas que l'IADE fasse le même travail que l'IDE. L'IADE doit avoir un rôle de cadre, même si c'est une petite équipe. »*

- Pour 1/3, intégré à l'effectif et prenant en charge des patients.

Autre citation :

*« Moi, je verrais des équipes mixtes, ou l'IADE prendrait des malades en charge comme l'IDE, plutôt des patients intubés, bien sur. Mais pas un IADE qui superviserait car je crois que ce serait mal vécu et à juste titre. J'imagine l'IADE intégré dans le travail quotidien, faisant comme les autres mais ayant une compétence supplémentaire qui en cas de problème lui permet d'intervenir et d'aider ses collègues IDE. »*

- Pour 2/3, ses compétences spécifiques s'appliquent : ses connaissances théoriques et sa pratique quotidienne lui permettant d'appréhender la phase du réveil et de réaliser les premiers gestes de survie, voire de re-intuber pour 1/3 si nécessaire, en attendant l'arrivée du MAR.

Citons l'un d'entre eux :

*« Les compétences spécifiques de l'IADE s'appliquent parfaitement, notamment dans le cadre de la surveillance de la ventilation artificielle, d'autant que le nombre de patients arrivant intubés et ventilés en SSPI est croissant. L'IADE est formé pour juger du moment opportun de l'extubation*

*Ce que je remarque c'est que quand on fait appel à nous, nous ne sommes pas toujours immédiatement disponibles pour venir extuber, ce qui peut apporter un certain retard à l'extubation et un inconfort pour les patients quand ils sont bien réveillés.*

*Donc le fait d'extuber plus précocement, dès que l'indication en est posée, est forcément bénéfique pour le patient.*

*Et les IADE ont parfaite compétence pour juger du moment opportun de l'extubation en salle comme en SSPI..... »*

*« L'intérêt de l'IADE en SSPI, c'est qu'il va savoir ventiler au masque et à l'insufflateur manuel.... »*

### **Sur le thème de la délégation de gestes :**

Dans cette optique, le MAR délèguera le geste de l'extubation à l'IADE lorsque celui-ci en jugera le moment opportun. Sa présence en SSPI diminuera le délai de prise en charge de cette phase dont le retard provoque bien souvent inconfort et agitation.

- 2/3 des MAR prévoient qu'ils n'en seront que plus disponibles pour les patients en salle et que certains IDE encore peu expérimentés seront rassurés.

Ainsi, l'objectif d'améliorer la qualité des soins et la sécurité anesthésique serait atteint.

- A l'inverse, pour 1/3, le MAR doit conserver l'exclusivité des faits et gestes liés au réveil.

Le travail effectué en collaboration avec l'IDE formé et expérimenté lui donne satisfaction et est à la mesure des risques de complications post-opératoires. Les compétences de l'IADE ne seraient pas exploitées puisque, précise-t-il le MAR qui doit être désigné comme référent SSPI s'avère être disponible sans délai.

- Pour 2/3, la population interrogée rappelle cependant que l'IADE doit rester dans son cadre de compétence, notamment en ce qui concerne les critères de sortie. Il demeure sous la responsabilité du MAR et il convient que toute délégation de gestes soit mesurée.

### **Sur le thème des protocoles :**

La rédaction de protocoles, autres que ceux concernant l'analgésie, le traitement des nausées et vomissements n'apparaît pas souhaitable car toute prescription doit être à l'initiative du personnel médical.

### **Sur le thème des modalités d'organisation :**

- Pour 2/3, il apparaît nécessaire que l'IADE ait connaissance des complications de la ou des spécialités de la SSPI et des pratiques courantes et admises au sein de chaque bloc. La relation de confiance indispensable à la délégation de gestes l'impose.

Reprenons un extrait d'entretien :

*« Il ne faut pas un service labile. Je vois très mal des IDE et toutes les semaines un IADE différent. Pour moi, cela va être une catastrophe, l'IADE ne va jamais faire sa place et dans certains cas, on lui fera moins confiance qu'à un IDE que l'on connaît, que l'on a formé et qui a toujours les mêmes malades. »*

- Pour 1/3, les principes généraux du réveil sont semblables dans toutes les SSPI et la confiance leur sera accordée sur la base de leur qualification.

### **Sur le thème des conflits :**

- Pour 2/3, des conflits sont à prévoir, liés au caractère nouveau de ce projet, mettant en présence trois catégories professionnelles autour de rôles respectifs, qui, pour ce qui est de l'IADE et de l'IDE restent à définir.

- Pour 1/3 des MAR, cela ne va pas générer de conflits :

*« Au contraire, quelques fois les IDE de SSPI ont très vite peur, la présence de l'IADE les rassurera. Il aura un rôle formateur au quotidien. »*

### **5-5-4 Analyse descriptive**

A l'exposé de ces différentes idées, précisons tout d'abord que nous avons affaire à deux fonctionnements distincts.

Pour 2/3 des MAR interrogés, il n'y a pas de médecin référent de SSPI, chaque MAR est responsable du patient de son départ du service à la sortie de SSPI.

Pour 1/3, un MAR référent est désigné et doit être immédiatement disponible : pour celui-ci, l'IADE ne trouvera pas sa place.

Dans le discours il apparaît que l'IADE est un précieux collaborateur, y compris en SSPI.

La compétence IDE n'est pas remise en cause mais le manque d'expérience de jeunes IDE soumis au turn-over est souligné.

Il s'agit d'adapter le degré de sécurité anesthésique à l'évolution de l'activité des SSPI qualifiées de « lourdes ». Evolution marquée par une augmentation du nombre de patients intubés et ventilés sortant de salle.

Dans un contexte d'amélioration de la productivité mais aussi pour garantir des meilleures conditions de prise en charge post-opératoire les étapes de réveil, de sevrage ventilatoire et d'extubation ont parfois glissé vers la SSPI.

La notion de relation de confiance entre MAR et IADE jouera semble-t-il un rôle essentiel dans l'autonomie accordée à l'IADE et la délégation des gestes.

Il apparaît que la conception du rôle de l'IADE et la reconnaissance de ses compétences spécifiques par les MAR sont multiples.

Il en résulte deux attitudes annoncées :

- Soit une absence de délégation du fait de la disponibilité immédiate du MAR et de la compétence IDE, la place de l'IADE n'étant alors pas justifiée.

Cependant cette conception n'est-elle pas un peu éloignée de la réalité. Le médecin est-il toujours effectivement disponible et l'IDE toujours expérimentée?

- Soit une délégation mesurée des gestes relevant des compétences spécifiques de l'IADE, le MAR gardant le contrôle exclusif des critères de sorties et des prescriptions médicales en dehors de l'urgence.

Pratique, qui semble-t-il rassurerait le MAR, le soulagerait lorsqu'il cumule présence en salle et suivi du patient en SSPI et diminuerait le délai de prise en charge de l'extubation et des complications éventuelles.

Ce point de vue relie la pratique à la réglementation.

Les conflits seraient à la mesure des personnalités en présence et fonction de la place reconnue ou non et accordée à chacun.

## **5-6 Analyse du questionnaire adressé au CHIVA**

### **5-6-1 Population échantillon**

7 IADE exerçant au CHIVA ont répondu au questionnaire. Ils alternent l'exercice de leur profession entre le bloc opératoire et la SSPI.

### **5-6-2 Présentation des questions**

1/ En quoi vos compétences spécifiques s'appliquent-elles en SSPI ?

2/ Etes-vous intégrés à l'équipe IDE ou avez-vous une place à part ?

3/ Quelle est votre relation avec les IDE ?

4/ Quel est votre champs d'action par rapport au MAR ; Vous laisse-t-il plus de responsabilités qu'à un IDE ?

5/ Avez-vous trouvé votre place en SSPI ?

### **5-6-2 Analyse quantitative**

#### **En quoi vos compétences spécifiques s'appliquent-elles en SSPI ?**

Pour la totalité des IADE leurs compétences spécifiques s'appliquent en SSPI, mais l'un d'entre eux précise que l'organisation en vigueur n'en permet pas l'exploitation.

- 1/7 précise qu'elles ne s'envisagent que dans la prise en charge de patients intubés.
- 7/7 dans la prévention et l'évaluation des risques post-opératoires.
- 4/7 dans la connaissance des drogues anesthésiques.
- 5/7 dans l'appréciation de la décurarisation et la réalisation d'une antagonisation.
- 2/7 dans la gestion de sevrage ventilatoire.
- 5/7 dans la prise en charge et le suivi de l'analgésie post-opératoire.
- 2/7 dans la gestion d'un arrêt cardio-respiratoire.
- 3/7 dans la gestion d'une hypoxie sévère.
- 2/7 dans la pratique d'une ré-intubation dans l'urgence.
- 1/7 précise que pour ce qui est d'évaluer les détresses un IDE expérimenté s'avère être aussi compétent.

Il apparaît que la question a été abordée de deux manières :

- Les compétences de l'IADE s'appliquent-elles en SSPI ? Dans quel sens ?
- L'organisation de la SSPI dans laquelle vous exercez autorise-t-elle l'application de vos compétences spécifiques ?

### **Etes-vous intégré à l'équipe IDE ou avez-vous une place à part ?**

La question a été soulevée de deux manières :

- en terme de qualité d'intégration ;
- en terme de rôle au sein des IDE

- 5 réponses sur 7 en terme de qualité d'intégration :

- pour 1/7 : intégration difficile ;
- pour 3/7 : intégration réussie ;
- pour 1/7 : manque de recul.

- 7 réponses en rapport avec le rôle de l'IADE : pour 7/7, avec un rôle identique à celui d'un IDE.

### **Quelle est votre relation avec les IDE ?**

- 5/7 qualifient la relation de « bonne » à excellente ;
- 2/7 la qualifie de « normale » en terme de collaboration professionnelle.

### **Quel est votre champs d'action par rapport au MAR, vous laisse-t-il plus de responsabilités qu'à un IDE ?**

- Pour 5/7 leur marge d'action est identique à celui d'un IDE, sans plus de responsabilité ;
- Pour 2/7 quelques responsabilités supplémentaires, occasionnellement et personne dépendant avec appel téléphonique pour proposition de prise en charge thérapeutique.

### **Avez-vous trouvez votre place en SSPI ?**

- Ne se prononce pas : 1/7
- Oui et non : 2/7
- Non : 4/7

### 5-6-3 Analyse descriptive

D'après la majorité des IADE du CHIVA, l'IADE a une place en SSPI. Ils argumentent même largement les contextes d'application possibles et légitimes de leurs compétences spécifiques.

Mais, il apparaît que leurs conditions d'exercice n'en permettent pas l'exploitation.

Ils occupent une fonction d'IDE : en terme d'organisation horaire, de responsabilités et de considération de la part du personnel médical.

Ils ont le sentiment d'être: «utilisés comme un IDE » et regrettent l'absence d'un rôle spécifique, déterminé et appliqué dans leur pratique quotidienne.

Cette enquête est à replacer dans son contexte.

La participation des IADE à l'activité de la SSPI est récente au CHIVA, quelques mois seulement.

Elle n'a bénéficié d'aucune préparation et répond à un manque de personnel IDE.

Cette activité a été imposée sans consultation préalable.

La fiabilité de cette étude est, peut-être, à limiter au titre de témoignage. Les questions posées, imprécises, n'étaient en effet pas rédigées pour être soumises sous forme de questionnaire.

Malgré des limites certaines, j'ai quand même pris le parti de la faire figurer dans notre travail pour une raison : les réactions négatives des intéressés nous renforcent dans l'idée que ce projet nécessite, avant tout, de définir voire de re-définir le rôle des différents soignants, les tâches qui leur incombent mais aussi celles auxquelles ils peuvent prétendre. Cette concertation permettrait sans doute aux intervenants de la SSPI d'une part de trouver une place qui corresponde à leurs compétences et d'autre part d'être reconnus à leur juste valeur par leurs collaborateurs médicaux et paramédicaux.

### 5-7 Synthèse

Le projet de participation des IADE à l'activité des SSPI relève d'un choix institutionnel.

La démarche de la Direction des Soins Infirmiers s'appuie sur une constatation : la diversification des missions des SSPI.

Il s'agit de SSPI:

- pluridisciplinaires accueillant des patients de plusieurs spécialités chirurgicales,
- définies comme des lieux de haute sécurité face à des patients de plus en plus âgés et fragiles,
- justifiant d'une activité de réveil et de réanimation post-opératoire avec prise en charge précoce de la douleur et des mesures de prévention des complications post-opératoires.

Que ce soit pour répondre à une nécessaire optimisation de la productivité, ou pour s'adapter à l'état de patients pour lesquels il est préférable de différer le réveil, il apparaît que l'étape « réveil, sevrage ventilatoire et extubation » a fréquemment glissé vers la SSPI.

D'où la volonté d'adapter l'organisation des SSPI en terme de sécurité anesthésique et de se mettre en conformité avec les textes réglementaires.

Un des moyens retenus serait donc d'apporter de nouvelles compétences au service du patient lors de son séjour en SSPI.

Le réveil est une compétence exclusive infirmière anesthésiste.

L'infirmier spécialisé occuperait donc une place d'intermédiaire entre l'IDE et le MAR ; place justifiée par ses connaissances théoriques et ses capacités gestuelles, notamment en cas de survenue de complications en attendant l'intervention du médecin.

Mais la présence d'un IADE implique des changements dans la pratique quotidienne des soignants.

Elle va engendrer nécessairement un travail en collaboration IDE/IADE au sein d'un même lieu et sous l'autorité médicale.

La réussite de cette intégration est conditionnée par une indispensable concertation entre les personnes et doit aboutir à une adhésion de l'ensemble des médicaux et paramédicaux.

L'analyse des entretiens révèle quels sont les enjeux pour chaque catégorie professionnelle. La diversité des réactions et le contenu des discours témoignent de l'existence d'éléments sous-jacents qui nous amènent à envisager la problématique sous de multiples facettes.

Pour comprendre la nature des réticences, nous essaierons de clarifier quelles sont les valeurs et références que chaque soignant s'applique à défendre et de les schématiser à travers un tableau récapitulatif.

### 5-7-1 Tableau récapitulatif

DIFFERENTES FACETTES DE LA PROBLEMATIQUE	CADRE INFIRMIER ANESTHESISTE		MEDECIN ANESTHESISTE		IADE		IDE	
	oui/ pour	non/ contre	oui/ pour	non/ contre	oui/ pour	non/ contre	oui/ pour	non/ contre
IADE a sa place en SSPI	100%		66%	33% * (1)	100%		100%	
Les compétences spécifiques de l'IADE s'appliquent en SSPI	100%		66%	33% * (1)	100%		100%	
La présence de l'IADE ↑ le degré de sécurité anesthésique	100%		66%	33% * (2)	100% (3)		100% (4)	
La présence de l'IADE optimisera la qualité des soins.	100%		66%	33% * (1)	100%		100%	
Rôle de l'IADE - « superviseur »	25% *(5)	75%	66%	33%	75%	25% *(6)	25%	75%
- sectorisé	75%	25%	33%	66%	25%	75%	75%	25%
- référent, formateur	100%		100%		100%		100%	
Autonomie de l'IADE en terme de prise de décision - Absence d'autonomie - mesurée - protocolisée	100%	100%	33% 66% 33%	66% 33% 66%	100% 50%	100%	100%	100% * (7)
Compétences IDE en SSPI : - reconnues - variables du fait de la mobilité - renforcées par le rôle formateur de l'IADE	100% 25%	75%	100% 66%	33%	100% 100%		100% 100%	
Pour ou contre la mobilité des IADE	25%	75%	33%	66%		100%		100%
Manque d'intérêt des IADE pour la SSPI	100%		66%	33%	50%	50%	100%	
Craintes de suppression de postes d'IDE en SSPI	25% * (8)	75% * (9)	33%	66%	100%		100%	
Engendrera des conflits	100%		66%		100%		100%	
Demande de fiche de poste	100%				100%		100%	

(1) MAR référent en SSPI disponible sans délai et responsabilité MAR exclusive.

(2) Pas dans la mesure où il n'y a qu'une IADE.

(3) Uniquement pour la prise en charge des patients intubés.

(4) Oui, mais l'IADE ne résoudra pas tous les problèmes.

- (5) Dans la mesure où il n'y a qu'une seule IADE parmi les IDE.
- (6) Car la situation entraînera trop de conflits.
- (7) Dans la pratique quotidienne : réalisation de l'extubation par l'IADE ou l'IDE en l'absence du MAR avec ou sans appel préalable.
- (8) 1 cadre sur 4 estime que cette crainte est justifiée si le projet doit aboutir au remplacement d'une majorité d'IDE par des IADE.
- (9) 3/4 des cadres pensent que le budget ne permettra pas le remplacement de la majorité des IDE par des IADE.

## **5-7-2 Analyse comparative**

### **Les similitudes :**

Pour 93% des soignants médicaux et para médicaux interrogés, il apparaît que :

- la place de l'IADE en SSPI est justifiée au titre de l'application de ses compétences spécifiques,
- sa présence renforcera la sécurité anesthésique,
- ce projet s'inscrit dans une démarche qualité des soins,
- il existe un manque d'intérêt évident des IADE à étendre leur activité aux SSPI,
- l'IADE serait en mesure de répondre à 50% des sollicitations médicales et que la pratique s'inscrira probablement dans une délégation de gestes mesurée mais ajustée aux nouvelles compétences en SSPI.

Pour la totalité des interviewés :

- Tout changement est source de conflits et la présence des IADE en SSPI entraînera des tensions. Un temps d'adaptation sera nécessaire pour que chacun trouve ses marques.
- La rédaction de la fiche de poste est une étape indispensable. Etablie en accord avec les IADE et les IDE, elle permettra de définir le rôle de l'IADE : à savoir les droits et les obligations que sa fonction lui confère en SSPI.

100% des IADES et IDES interrogés :

- Craignent que ce projet aboutisse à la suppression de postes d'IDE en SSPI
  - Sont opposés à une planification prévoyant un IADE différent, chaque semaine, et non connu.
- Précisons que la majorité des MAR y sont également défavorables et que certains cadres IADE s'interrogent sur l'efficacité escomptée de cette modalité de fonctionnement.

Leurs arguments :

- Une absence d'amélioration des conditions de travail avec un IADE qui ne connaît ni la structure, ni le personnel, ni les spécialités et qui ne cherchera peut-être pas à s'impliquer pour une semaine.
- Une difficulté d'établir des relations de confiance entre les IADE et les MAR pourtant indispensable à la délégation des gestes.
- Une incompatibilité avec la volonté d'augmenter le degré de sécurité anesthésique.

### **Les disparités**

Elles concernent essentiellement la conception du rôle de l'IADE en SSPI. Il apparaît que la majorité des cadres IADE et des IDE envisagent l'IADE sectorisé, prenant en charge des patients et disponibles pour répondre aux sollicitations diverses de ses collègues IDE : du simple conseil, en passant par des missions transversales telle que la prise en charge de la douleur et jusqu'à la réalisation des premiers gestes de survie en cas de complication et en attendant l'arrivée du MAR.

Reprenons pour chaque catégorie les mots-clé et les références citées :

#### Les cadres IADE :

Sécurité anesthésique  
Démarche qualité des soins

Cette vision renvoie à une représentation de l'IADE, non pas comme un technicien, marginalisé et fuyant la fonction soignante, mais comme un atout pour une prise en charge optimale des patients, avec davantage de professionnalisme (compétences adaptées aux risques.).

Pour les cadres IADE, il apparaît que la diversification des missions confiées aux IADE, sortants des salles, et apportant des compétences transversales (prise en charge de la douleur, matériovigilance et hemovigilance) est un moyen d'accéder à davantage de reconnaissance dans une démarche de recherche d'amélioration.

#### Les IDE de SSPI :

Reconnaissance de leur compétence  
L'IADE est aussi un IDE

Tous les IDE confèrent à l'IADE un rôle certain de formation et d'information, notamment auprès de leurs jeunes collègues peu expérimentés.  
Cependant, la majorité des IDE renvoie l'IADE à son décret de Compétence<sup>14</sup>, et

---

<sup>14</sup> Décret de compétence n°2002-194 du 11-02-02 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Articles 3-4 et 5.

donc à l'application de son rôle propre notifiant une prise en charge globale du patient.

Les IDE ne sont pas prêts à accepter l'IADE avec un rôle de « superviseur » ou d'encadrement et se réfugiant derrière une exclusivité de compétence.

L'IADE reste un IDE qui a acquis des compétences supplémentaires qu'il doit mettre au service du patient pour une qualité de soin optimale.

Les IDE s'attachent à rappeler que tous les actes ont de la valeur lorsqu'ils répondent aux besoins des patients.

Cette réaction fait écho à leur crainte d'une perte de reconnaissance de leur compétence. Tout en affirmant que la présence permanente d'un IADE serait rassurante, ils estiment être suffisamment compétents au titre de leur formation et surtout de leur expérience.

### Les IADE :

Reconnaissance de leur Diplôme

Responsabilité juridique de l'IADE

La majorité des IADE revendiquent des conditions d'exercice et une activité à la hauteur de leur qualification. Ils réclament une reconnaissance professionnelle, prenant en compte le niveau d'étude, de compétence et les responsabilités inhérentes à leur choix d'orientation professionnelle.

Leur spécialisation leur a permis d'accroître, de diversifier leurs connaissances et d'acquérir une certaine autonomie dans un contexte d'évolution qualifiante.

Ils semblent avoir la volonté de se démarquer de la fonction infirmière et non pas des infirmiers en tant que soignants. Ils ne sont d'ailleurs majoritairement pas opposés à l'idée d'avoir à pratiquer des soins infirmiers en SSPI.

Leur inquiétude tient davantage au fait d'avoir à cumuler deux fonctions dans un seul rôle : D'une part, se sectoriser, donc prendre en charge des patients en phase de réveil, qu'il faudra sevrer du ventilateur, extuber et calmer.

D'autre part, répondre aux demandes des IDE en l'absence du MAR et dans la mesure de leur connaissance.

Leur opposition sera encore plus marquée si on leur demande d'exercer leur fonction dans une SSPI non connue, pour laquelle il faudra appréhender : structure, matériel, personnel voire les spécialités chirurgicales pour une semaine et alors que leur responsabilité sera engagée dès leur présence en SSPI.

En terme de responsabilité, les recommandations de la SFAR<sup>15</sup> sont claires :

« L'IADE est soumis aux mêmes règles juridiques que l'IDE. S'y ajoutent celles qui résultent de l'extension et de l'exclusivité de leur compétence qui lui sont réglementairement reconnues.

L'IADE engage sa responsabilité en cas de faute dans l'exécution d'un soin ou d'une technique, de défaut de surveillance et de maintenance du matériel, de non-respect du protocole ou de prescriptions médicales. »

---

<sup>15</sup> Recommandations concernant le rôle de l'IADE. Janvier 1995. Article 4 : La responsabilité juridique de l'IADE.

C'est aussi pour une question de responsabilité que 50% des IADE demandent la rédaction par les MAR de protocoles écrits datés signés qui régleraient leur marge d'action et légitimeraient leur autonomie dans la réalisation de gestes tels que l'extubation.

La pratique quotidienne, soutenue par un contrat de confiance tacite entre les IADE et les MAR montre que l'extubation est fréquemment réalisée en l'absence physique du MAR. Cependant en terme de réglementation, l'extubation est assimilée à un soin, or « la prescription de soins post-opératoire relève de la seule responsabilité médicale<sup>16</sup>. »

Il s'agira donc pour l'IADE présent en SSPI lors de l'accueil du patient, de s'assurer, au minimum, d'une conduite à tenir médicale écrite, claire permettant d'organiser le sevrage ventilatoire et l'extubation dans les meilleures conditions.

Les remarques des IADE s'inscrivent, plus généralement dans un contexte d'évolution des pratiques et de diversification de missions.

Situation considérée, à l'inverse des cadres, comme un facteur de risque de régression, de perte de reconnaissance et d'exploitation de leurs capacités.

### Les MAR :

#### Responsabilité médicale

Revenons sur les deux grandes conceptions du rôle de l'IADE révélées par le discours médical :

- 2/3 des MAR affirment que la présence d'un IADE en SSPI est justifiée et qu'elle renforcera la sécurité post-anesthésique en matière de prévention et de diminution du délai de prise en charge des complications post-opératoires.

Les compétences de l'IADE permettront de répondre à 50% des sollicitations médicales. En l'absence de MAR référent de SSPI, les médecins n'en seront que plus disponibles pour les patients en salle.

Cette conception renvoie à une représentation du rôle de l'IADE en terme de collaboration, la confiance leur étant accordée sur la base de leur qualification.

Toutefois, la responsabilité médicale de toute prescription en dehors de l'urgence est rappelée afin que les délégations de geste soient mesurées et conformes à la réglementation.

La place de chacun et les tâches que ses capacités lui confèrent sont ainsi respectées sans conflit identitaire.

- 1/3 des médecins souhaite garder le contrôle total des SSPI au titre de la responsabilité médicale exclusive dans la mesure où un MAR référent de SSPI est désigné.

Il semblerait que cette conception témoigne davantage d'une représentation du rôle de l'IADE en terme d'exécutant plutôt qu'en terme de soignant responsable et dont il convient de circonscrire le champs d'action.

La confiance ne pourra s'établir qu'avec du temps et après validation par l'observation des compétences de l'IADE.

Cette dimension renvoie à une volonté d'affirmer l'identité médicale et l'autorité qu'elle implique vis à vis des paramédicaux.

---

<sup>16</sup> Recommandations concernant les relations entre Anesthésistes Réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes de santé ou professionnels de santé. Décembre 2001. Article 6 : Les IADE.

### 5-7-3 Analyse explicative

Aujourd'hui, les spécificités professionnelles au sein de la fonction soignante sont nombreuses. Le soin apporté à la personne reste le lien entre les différentes formes d'exercice, mais chaque spécialité à sa propre problématique identitaire voir revendicatrice.

L'analyse des entretiens m'amène à évoquer deux notions fondamentales qui sont peu à peu apparues en filigrane dans les conversations.

#### La notion de représentation :

Le concept de représentation, que j'ai spontanément utilisé dans le questionnaire, a été repris à plusieurs reprises par les interviewés. Il m'a permis d'interroger les soignants sur l'idée qu'ils se font d'une situation non connue, non expérimentée et qui s'est avérée, parfois, génératrice d'un sentiment de crainte : « *Les IADE vont nous prendre notre travail..* »<sup>17</sup>, « *Les IDE vont nous juger et seront trop contents si on ne sait pas faire quelque chose.* »<sup>18</sup>

Qu'ils soient IDE ou IADE leur propre réflexion les a amené à s'exprimer sur leur manière d'envisager leur rôle en SSPI et, plus généralement, sur leur fonction en interaction avec les autres soignants. Un certain nombre de personnel médical et paramédical avance que les professionnels de santé ont des représentations très différentes des implications liées à leur métier. La qualité des relations sera fonction de la manière de se projeter de chacun des intervenants IDE, IADE et MAR au vu de la représentation qu'il se fait de son propre rôle et de celui des autres.

Ces discours révèlent toute la diversité et la complexité des facteurs humains qui entrent en jeu dans la situation considérée.

Revenons de manière plus théorique sur ce concept de représentation pour tenter de le définir et d'en comprendre toute l'implication.

Tel que l'explique F.Giust-Desprairies<sup>19</sup> dans un extrait du « vocabulaire de psychosociologie » de J.Barrus Michel, E.Enriquez et A. Lévy<sup>20</sup> :

« *Le travail que la psychosociologue initie avec des acteurs sociaux pris dans des situations de changement porte sur cette dynamique psychosociale ou les représentations constituent un accès privilégié pour examiner et comprendre les manières de voir des uns et des autres.* »

Ce concept s'est appliqué dans ma démarche. Un de mes objectifs était de m'immerger au sein de chaque catégorie professionnelle afin d'observer et de découvrir leurs valeurs et leurs références.

---

<sup>17</sup> Extrait d'entretien réalisé avec un IDE.

<sup>18</sup> Extrait d'entretien réalisé avec un IADE.

<sup>19</sup> GIUST-DESPRAIRIES Florence. Psychosociologue

<sup>20</sup> BARRUS-MICHEL Jacqueline, ENRIQUEZ Eugène, LEVY André « Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions. » Editions Erés 2002.

Huteau<sup>21</sup> définit la notion de représentation comme :

*« Un ensemble d'idées que les gens ont sur les métiers en les schématisant. Cet ensemble de connaissances est chargé affectivement et contient des attitudes, des opinions, des jugements, des investissements. Il est également un ensemble dynamique qui se modifie au fur et à mesure des contacts. »*

La multiplicité des conceptions du rôle de l'IADE s'explique en partie par les disparités de représentations de l'identité de l'IADE, par lui-même et par les autres soignants, face à une situation nouvelle, non expérimentée.

Le projet de participation des IADE à l'activité des SSPI, va amener les IDE et les IADE à collaborer.

Cela ne pourra s'envisager qu'en se projetant dans un cadre de référence commun (réglementation, reconnaissance des diplômes, identification et respect de ce que « je sais faire » au titre de mon expérience, mais aussi acceptation de ce que « l'autre » maîtrise mieux de part ses connaissances et sa pratique quotidienne.) et au sein d'une organisation signifiante (répartition des tâches définissant la place de chacun) qui leur permettront de s'entendre et de structurer leurs actions individuelles et leurs conduites collectives.

Les interactions et les échanges sont au cœur de tout changement.

Mais l'émergence d'une autre réalité de pratique soignante peut constituer un enjeu identitaire telle que le laisse présager la virulence de certaines réactions.

#### La notion d'identité :

L'identité, telle que la définit V.De Gaulejac<sup>22</sup> :

*« condense une série de significations entre les processus de construction de soi et les processus de reconnaissance qui constituent les différents registres des relations humaines et des rapports sociaux. »*

Les identités professionnelles se construisent progressivement. Elles s'ancrent dans des représentations et des pratiques dépendant du milieu où l'on exerce. Elles produisent des sentiments d'appartenance à des collectifs qui rassemblent tous ceux qui ont suivi les mêmes études, passés des Diplômes équivalents ou qui occupent les mêmes fonctions.

Les professionnels se reconnaissent entre eux et se distinguent des autres.

L'identité au travail se construit dans les relations de travail comme lieu où s'expérimentent l'affrontement, et les désirs de reconnaissance dans un contexte d'accès inégal, mouvant et complexe au pouvoir.

L'identité professionnelle de chaque soignant relève des institutions qui le forme, des institutions qui l'emploie et des professionnels avec lesquels il est en interaction.

Chaque professionnel se construit à travers ces interactions.

---

<sup>21</sup> HUTEAU Michel Psychologue du travail « La psychologie du travail. » Editions d'Organisation. 2003.

<sup>22</sup> DE GAULEJAC Vincent Professeur de sociologie. Extrait du « Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions » de BARRUS-MICHEL J, ENRIQUEZ E, LEVY A. Edition Eres 2002.

Mais, l'identité n'est pas figée. Elle évolue selon les contextes et doit s'adapter. Une modification des pratiques collectives engendre la crainte de la non reconnaissance des compétences et qualifications et correspond à un risque de remise en cause de l'identité professionnelle des soignants.

Chaque soignant se définit comme IDE, IADE, MAR, Cadre IADE. Cette définition à laquelle il confère des valeurs, une idéologie voire une culture lui sert de soubassement à la reconnaissance sociale, à l'affirmation de soi-même et l'incite à se mobiliser pour conserver une place sociale jamais définitivement acquise.

D'où la nécessité de s'adapter pour exploiter un maximum de compétences et se réaliser pleinement dans l'exercice professionnel.

## **6- REINVESTISSEMENT PROFESSIONNEL**

## 6- REINVESTISSEMENT PROFESSIONNEL

L'évolution de l'activité des SSPI nécessite d'en modifier l'organisation. Il s'agit d'une restructuration incluant la participation des IADE. Leur contribution va engendrer une révision des pratiques professionnelles des soignants. La diversification des missions des IADE s'inscrit plus généralement dans une démarche de mobilité des personnels impliquant une multiplicité de compétences. Mais, ce projet rencontre de nombreuses résistances dont les symptômes valent la peine d'être entendus. Les contraintes entraînent des pratiques en discordance avec les représentations et sont génératrices de mal-être et de conflits. Elles risquent d'engendrer absentéisme, démotivation et manque de coopération au travail.

L'objectif serait donc de favoriser des pratiques professionnelles, conformes au cadre législatif, répondant à un certain niveau de sécurité, tout en respectant chaque professionnel dans son identité. L'enjeu est de taille : la qualité des soins apportée au patient. La profession infirmière (IDE et IADE) est toujours en recherche d'identité, dans un contexte de valeurs qui lui sont propres. Elle doit trouver un ancrage dans l'évolution de ses pratiques et sa réflexion, sans que cela se fasse au détriment des uns et des autres partenaires soignants. S'efforcer de se faire reconnaître, c'est aussi une manière de travailler, de communiquer et de vivre sa profession.

Communiquer nécessite de se réunir et de s'écouter les uns et les autres. Citons M.Crozier<sup>23</sup> dans un extrait de son ouvrage : « A quoi sert la sociologie des organisations. » :

*« J'avais découvert le rapport entre les comportements et un système d'organisation. Le modèle était simple et reproductible à partir des éléments de base donnés par l'écoute approfondie des intéressés. J'avais ainsi réussi à articuler l'effort de contact et d'empathie avec l'analyse intellectuelle qui donne du sens. Comment est-il possible que des gens coopèrent ensemble pour donner des résultats. »*

Il s'agit donc de trouver, par le dialogue, les modalités de changement conduisant à de véritables améliorations. Il doit être possible de créer un temps d'échanges, incitant ce dialogue entre les IDE, les IADE et les cadres IADE. Un lieu de réflexion, permettant librement à chacun d'être interrogé et de s'interroger. L'écoute attentive des représentations s'impose. Il s'agit aussi pour les soignants de se retrouver autour d'une même déontologie IDE-IADE centrée sur la qualité des soins apportée au patient. Il peut être bénéfique de clarifier les interprétations et de cibler les représentations erronées pour éviter toute frustration. Le rôle représente la façon de jouer la fonction. De multiples conceptions sont possibles d'où la nécessité d'éclaircir la fonction pour la rendre attractive.

---

<sup>23</sup> CROZIER Michel Sociologue « A quoi sert la sociologie des organisations » Editions Seli-Arslan. 2000

Cette démarche permettrait peut-être d'ajuster ses références pour s'adapter et rechercher une autre reconnaissance.

Un travail d'analyse qui ouvrirait la porte à l'évolution individuelle et collective et permettrait aux soignants de s'inscrire dans une démarche commune auprès du patient.

Réunir, c'est aussi tenter de créer une dynamique de travail qui responsabilise les acteurs à travers leur investissement.

Il s'agit d'aboutir à un consensus, autour des contraintes de terrain, garantissant la cohésion de l'équipe soignante ayant un objectif commun : la globalité de prise en charge du patient au sein de pratiques signifiantes optimisant les compétences de chacun et soucieuse du respect de la réglementation.

La présence des MAR à ces réunions est-elle souhaitable ?

Le MAR est synonyme d'autorité en terme de responsabilité médicale.

Le rôle de l'IADE sera aussi déterminé par la conception de collaboration ou d'exécutant relative à chaque médecin.

Il peut être préférable, dans un premier temps, d'instaurer un lien solide entre les IDE et les IADE et d'établir une ligne de conduite garantissant la qualité des soins, la sécurité anesthésique et la conformité législative.

Puis, localement, réunir au sein de chaque SSPI concernée les équipes IDE/IADE avec les MAR, sous la gouverne du Cadre IADE de proximité afin d'ériger un contrat de confiance tacite, mais fiable et crédible, qui rendrait compte d'un plus grand professionnalisme.

Il faudrait ensuite commencer à travailler ensemble, concrètement et au quotidien, en respectant le cadre de référence validé par la fiche de poste des soignants de SSPI.

L'observation devrait permettre de repérer les dysfonctionnements.

Des réunions cycliques offrirait la possibilité d'un retour sur l'expérience, d'évaluer la qualité de l'organisation, de sa fonctionnalité et de s'assurer de la satisfaction des personnels soignants au vu de ce à quoi ils peuvent prétendre en terme de droits et d'obligations.

Je n'ai pas de réponse à apporter à la question de savoir si l'IADE doit être ou non sectorisé.

C'est un point de discordance majeur entre les conceptions IDE et IADE. L'orientation vers l'une ou l'autre des options risque potentiellement d'engendrer des conflits et des frustrations. Cependant, ces tensions seront à la mesure des personnalités en présence.

Quelques remarques et interrogations :

- Si l'IADE prend en charge des patients :

Il entre donc dans l'effectif de la SSPI. Cela signifie qu'il occupera une place d'IDE.

Ce redéploiement de compétences risque d'aboutir à la suppression de postes d'IDE.

En quels termes la responsabilité juridique de l'IADE sera-t-elle engagée : Uniquement pour les patients dont il a la charge ou pour l'ensemble des patients présents en SSPI ?

- Si l'IADE n'est pas sectorisé :

Il n'occupera pas une place d'IDE. Il sera donc en supplément dans l'effectif.

Il sera disponible pour tous les patients, pour les IDE.

A lui, cependant de respecter son code de déontologie, à savoir : s'attacher à répondre aux besoins des patients, quels qu'ils soient, à soulager la charge de travail des IDE et à améliorer leurs conditions d'exercice.

Il ne s'agirait pas de mettre de la mauvaise volonté à pratiquer des soins infirmiers ou de nursing mais bien de mettre à disposition la totalité de ses compétences, spécifiques ou non, en tenant compte des priorités et de la demande des IDE.

A lui aussi de s'investir pleinement dans une mission de formation et d'information des IDE et des élèves.

## **7- ANALYSE CRITIQUE**

## 7-ANALYSE CRITIQUE

Le choix du sujet s'est fait au cours de ma première année d'étude à l'Ecole d'Infirmiers Anesthésistes. Je n'avais alors que peu de recul par rapport à la profession. Il m'a été demandé de réfléchir sur une problématique professionnelle. Les réactions engendrées par l'annonce de la prochaine participation des IADE à l'activité des SSPI ont rapidement retenu mon attention. Cependant, je n'avais pas perçu d'emblée la complexité de la situation et son caractère polémique.

Dans un premier temps, insuffisamment soucieuse de la méthodologie, je me suis engagée dans la réalisation d'entretiens auprès des différentes catégories de personnel médical et paramédical dans une démarche de recueil d'informations et de tentatives de compréhension.

Mais, je ne savais pas précisément ce que je recherchais.

Ces entretiens étaient les premiers que j'accomplissais pour une recherche. Sans règle précise établie au départ leur conduite n'a pas toujours été aisée. Aucun d'entre eux n'a été identique bien que les questions posées étaient quasiment les mêmes. Certains ont été biaisés par les interviewés. Ce n'est que progressivement que j'ai un peu mieux maîtrisé la situation.

De multiples arguments et conceptions me sont parvenus en un court laps de temps. Leur diversité et les nombreux enjeux qu'ils révélaient ont contribué encore davantage à susciter mon intérêt.

Il aurait été intéressant et bénéfique, pour une atteinte optimale des objectifs, de réaliser une pré enquête avec juste quelques entretiens qui auraient en quelque sorte servis de test. Puis dans un deuxième temps, au vu des premiers résultats, de re-ajuster le questionnement avant d'entreprendre les entretiens définitifs.

Je regrette d'avoir sous-estimé le temps nécessaire à cette entreprise.

Par ailleurs, de nombreuses discordances entre les discours et ce que je connais des pratiques d'une part, entre la réglementation et son application d'autre part m'ont perturbé dans mon cheminement.

J'espère toutefois que ce travail de recherche n'aura pas été inutile.

Il aura eu le mérite de m'apprendre à écouter mes partenaires professionnels.

Cette enquête est aussi à considérer comme un travail d'apprentissage d'une méthodologie que je sais ne pas avoir exploité au maximum.

## **CONCLUSION**

Ce travail m'a apporté un enrichissement personnel et professionnel certain. Il m'a donné l'occasion de m'entretenir avec des soignants médicaux et paramédicaux à propos de leur conception de leur rôle au sein de leur fonction et en interaction avec celui de l'IADE.

En tant que futur professionnelle IADE, cette vision panoramique des implications du travail en collaboration et en complémentarité me sera bénéfique pour exercer ma fonction en tenant compte des compétences de chacun et en m'efforçant de les respecter.

Ce travail a nécessité d'entreprendre l'étude d'une situation conflictuelle de manière systémique, envisageant tous les aspects de la problématique et en révélant les divers enjeux. L'analyse de la réglementation et des recommandations a permis de clarifier les bénéfices attendus de la participation de l'IADE à l'accueil des patients en SSPI. Les disparités dans la conception de son rôle ont amené à comprendre dans quelle mesure ce sont les acteurs en présence qui influenceront sur la place qui lui sera dévolue.

Au travers de notions de psychosociologie, l'analyse m'a amené à aborder le thème de la construction de l'identité professionnelle ; à percevoir l'intense volonté de la protéger dans une crainte de perte de reconnaissance ; à comprendre, surtout, en quoi il peut être essentiel de l'ajuster aux réalités des pratiques imposées par l'évolution contextuelle tout en restant fidèle à ses valeurs, pour continuer à s'affirmer en toute autonomie.

Le contexte évolutif nécessite une autre répartition des tâches afin d'optimiser les moyens humains toujours dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, et dans un contexte de productivité.

Mais il serait souhaitable, auparavant, de recueillir un maximum d'adhésion des personnels concernés à tout principe de réorganisation mis en œuvre.

Cela devrait passer collectivement, par la recherche d'un consensus autour d'un cadre de référence commun, et individuellement, par l'acceptation de la place et du rôle de l'autre, ce qui rendrait compte d'un plus grand professionnalisme.

## **ANNEXES**

## **ANNEXE 1**

## ANNEXE 2

### Entretien réalisé avec le Dr B.

#### 1/ Comment envisagez- vous la place de l'IADE en SSPI ?

« La place de l'IADE en SSPI me paraît légitime. Que tout le personnel infirmier de SSPI soit spécialisé ne me semble pas nécessaire, mais la présence d'un IADE ou deux en fonction de la taille de la SSPI est justifiée. »

#### 2/ Pensez-vous que l'IADE puisse y exercer ses compétences spécifiques ?

« Parfaitement, notamment dans le cadre de la surveillance de la ventilation artificielle, d'autant que le nombre de patients arrivant intubés et ventilés en SSPI est croissant. L'IADE est formé pour juger du moment opportun de l'extubation.

Ce que je remarque c'est que quand on fait appel à nous, nous ne sommes pas toujours immédiatement disponibles, ce qui peut apporter un certain retard à l'extubation et un inconfort certain pour les patients, surtout s'ils sont parfaitement bien réveillés. Donc le fait d'extuber plus précocement, dès que l'indication en est posée, je pense que c'est mieux pour le patient. Et les IADE ont parfaites compétences pour juger du moment de l'extubation en salle comme en SSPI même si effectivement c'est plus facile pour le médecin de jeter un oeil en salle au moment de l'extubation. Mais moi ça m'est déjà arrivé de demander à l'IADE d'aller extuber un patient en SSPI car je n'étais pas disponible à ce moment là. »

#### 3/ Ne craignez-vous pas que le rôle de l'IADE n'empiète sur celui du MAR ?

« Non, ça c'est à nous d'y veiller. »

#### 4/ La présence de l'IADE doit-elle favoriser la rédaction de protocoles en SSPI ?

« Dans le cadre de l'urgence s'il y a une indication vitale à re-intuber, il faut re-intuber. Mais je préférerais qu'il y ait une indication médicale vue la proximité de la SSPI et du bloc. L'intérêt de l'IADE en SSPI, c'est qu'il va savoir ventiler au masque et à l'insufflateur manuel et donc quelques fois l'intubation n'est pas aussi urgente que ça dans la mesure où la ventilation est assurée.

Non je ne suis pas pour des protocoles, je pense qu'il faut conserver l'indication médicale. J'attends, de toute façon, que l'IADE reste dans son cadre de compétence, que ce soit au bloc ou en SSPI. De toute façon l'IADE travaille sous la responsabilité du MAR et ça il ne faut pas en déroger car notre responsabilité est engagée.

Donc nous pouvons déléguer, mais à condition que ce soit fait ponctuellement, au cas par cas et en sachant de quoi il s'agit, car si on est trop permissif il n'y a plus de limite. »

#### 5/ Délégueriez vous plus de gestes à un IADE qu'à un IDE ?

« Au total je déléguerais quand même plus de gestes qu'à un IDE. L'IADE sait ventiler au masque, sait intuber, sait juger d'une décurarisation, des critères de réveil. »

6/ Pensez-vous que cela va générer des conflits ?

« Je ne pense pas, au contraire, car les IDE de SSPI ont peur quelques fois. Elles ont très vite peur même, et la présence de l'IADE au contraire les rassurera. Il aura un rôle formateur aussi, quotidiennement. »

7/ En terme d'organisation, pensez-vous que l'IADE doit être intégré à l'équipe IDE ou doit-il avoir un rôle de « superviseur » ?

« Moi je verrais des équipes mixtes au sein desquelles l'IADE prendrait des malades en charge comme l'IDE, plutôt des malades intubés bien sur. Mais pas un IADE qui superviserait, là je crois que ce serait mal ressenti, mal vécu et à juste titre. Moi je le vois intégré dans le travail quotidien faisant comme les autres mais ayant une compétence supplémentaire, qui en cas de problème lui permet d'intervenir et d'aider ses collègues IDE. »

8/ Que pensez-vous de la proposition de faire tourner les IADE dans des SSPI autres que celles des blocs où ils exercent, et à raison d'une semaine par an et par agent ?

« Cela ne me pose pas de problème. Je ne vois pas où est la différence. Je ne vais pas remettre en cause leur compétence. Il s'agit d'augmenter la sécurité anesthésique d'autant que l'on est souvent appelé, déranger pour des petits riens, tout simplement parce que l'IDE a peur car elle est au delà de sa compétence. C'est pour cela que la présence d'un ou deux IADE permettrait d'éviter ces mouvements de panique par exemple pour une bradycardie du sommeil qui est physiologique.

Les IDE manquent parfois de certaines connaissances ou simplement d'expérience professionnelle. Il y a de moins en moins de senior et les IDE tournent de plus en plus. Ils sont souvent jeunes et ils ont peur et je les comprends d'avoir peur même si ça m'agace. C'est important de connaître les limites de sa compétence Mais pour éviter ce genre de désagrément alors que le bloc tourne de plus en plus, la présence de l'IADE est justifiée, d'autant que l'extubation sur table n'est pas toujours possible. »

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Les articles de périodiques :**

- LIENHART A, AUROY Y, PEQUINOT F, BENHAMOU D, JOUGLA E,  
« *Sécurité anesthésique, ou en est-on ?* »  
Oxymag, Février 2004, n°74, pages 21 à 24.
- FAUCON T,  
« *Mieux connaître les IADE* »  
Oxymag, Avril 2002, n°63, pages 9 à 24.
- TRABACCHI G,  
« *L'identité professionnelle* »  
Soins, Mai 2000, n° 645, pages 35 à 77.

### **Les ouvrages :**

- BARRUS-MICHEL J, ENRIQUEZ E, LEVY A,  
« *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions.* »  
Année 2002, Editions Eres.
- HUTEAU M,  
« *La psychologie du travail.* »  
Année 2003, Editions d'Organisation.
- CROZIER M,  
« *A quoi sert la sociologie des organisations ?* »  
Année 2000, Editions Sei-Arslan.

### **Mémoire :**

- LE GALLIC V, « *Influence des pratiques professionnelles des IADE sur leur identité professionnelle* » Mémoire de recherche en vue de l'obtention de Diplôme de Cadre de Santé. Année 1998-1999, Institut de formation des Cadres de Santé. Midi-Pyrénées.

### **Les références électroniques :**

- Code de la Santé Publique: <http://ordmed.org>
- Décret de compétence n°2002-194 du 11-02-02 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : <http://www.infirmiers.com>
- Article : « *Les années 80 de l'Internat de Paris.* » HAERTIG A : <http://www.sihp.fr>
- Recommandations concernant la surveillance et les soins post anesthésiques, 2° édition Septembre 1990-1994 : <http://www.sfar.org>

- Recommandations concernant le rôle de l'IADE, 1<sup>o</sup> édition, janvier 1995 : <http://sfar.org>
- Recommandations pour l'exercice de la profession d'IADE, année 2002 : <http://www.snia.net>
- Présentation de CEEIADE, secteurs d'activité et rôles de l'IADE : <http://www.snia.asso.fr>
- Article : « *Médecins et IADE, ce qui a changé de 1984 à 2002.* » COHEN Ph : <http://www.infirmiers.com>
- Article du Conseil d'administration de la SFAR : « *IADE : communiqué de la SFAR* », mai 2000, <http://www.sfar.org>
- Article : « *MAR et IADE, qui est responsable de quoi ? Le point de vu de MAR de CHU* », SAMII K, FOURCADE O, année 2003 : <http://www.reagso.com>
- Texte du Comité Vie Professionnelle : « *A propos des recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE* » 28-02-03 : <http://www.sfar.org>
- Conseil National de l'Ordre des médecins : Recommandations concernant les relations entre Anesthésistes Réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé. Décembre 2001 : <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- Article : « *Les rôles respectifs des MAR et des IADE dans la conduite de l'anesthésie* » Février 2001 : <http://www.sfar.org>