

## INTRODUCTION

La collaboration des équipes ! Tout le monde en parle, quelques-uns estiment cela nécessaire et d'autres considèrent que c'est une utopie.

Pourtant le patient est au centre des préoccupations de chacun et il semble que le travail en collaboration soit la clef d'une prise en charge optimale de celui-ci.

Au bloc opératoire, comme dans tout service, le travail en équipe est une nécessité :

-nécessité pour le patient, sa prise en charge globale et la continuité des soins.

-nécessité pour préserver l'équilibre d'une équipe, afin que ses membres puissent partager leurs expériences, leurs valeurs et confronter leur point de vue.

Nous exerçons notre métier à l'aide de notre expérience, notre histoire, notre culture. Nous percevons les mêmes réalités mais de façon différente.

Au bloc opératoire, le patient est pris en charge par différents acteurs médicaux et paramédicaux.

Je vais porter mon attention dans ce travail à la collaboration entre les infirmières de bloc opératoire(IBODE) et les infirmières anesthésistes(IADE).

La collaboration existe-t-elle ? Et comment est-elle vécue au sein des équipes infirmier(e)s ?

Quels sont pour eux les enjeux de cette collaboration ?

En premier lieu, j'expliquerai le choix de ce thème, puis j'explorerai ces deux fonctions : leur histoire, les textes réglementaires qui les régissent, leurs différences, leurs points communs, leur environnement. Je donnerai quelques définitions et concepts afin de percevoir les enjeux inhérents à ce travail d'équipe au bloc opératoire.

En second lieu, j'exposerai l'investigation faite auprès des soignants (IADE et IBODE) d'un bloc opératoire. L'analyse de ces entretiens permettra d'appréhender quelques éléments de la problématique. Enfin je tenterai de proposer quelques pistes de réflexion.

# I. CADRE CONCEPTUEL

## 1. Motivations-constats

Mes expériences professionnelles en tant qu'infirmière diplômée d'Etat au bloc opératoire, puis en tant qu'infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat, et enfin, en tant qu'élève infirmière anesthésiste, m'ont conduit naturellement vers ce sujet.

En effet, étant à la fois infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat et actuellement en formation IADE, j'ai pu vivre la collaboration entre ces deux spécialités avec un regard le plus neutre possible. Toutefois, il m'a semblé déceler des tensions entre ces deux professions, quelques animosités, des distances. J'ai eu parfois, en tant qu'IBODE, la sensation de travailler en parallèle avec les IADE et non en symbiose, une impression de scission. Lors de conversations avec mes collègues de travail IADE ou IBODE, ce malaise est verbalisé et souvent regretté. Ils parlent de prise en charge de moindre qualité liée à ces conflits. En effet, le patient se retrouve parfois au centre de ces tensions, et peut en subir les conséquences néfastes à plus ou moins grande échelle.

La qualité de la prise en charge du patient est un élément essentiel à prendre en considération, sans oublier le bien être de l'équipe. En effet dans ce climat parfois pesant, ce sont les conditions de travail qui en pâtissent et donc la motivation qui s'effrite. Les situations conflictuelles engendrent un déséquilibre nuisible à la qualité du travail. A l'extrême, cela pourrait engendrer l'absentéisme du personnel de santé.

Ces querelles ne sont donc bénéfiques pour personne, ni pour le patient, ni pour le personnel et à plus grande échelle pour l'hôpital.

Bien sûr pour modérer mes propos, j'ajouterai que ces tensions ne sont pas constamment présentes et sont très souvent inhérentes aux individus.

C'est ce constat, certes très personnel, qui m'a conduit vers cette problématique : le travail en collaboration IADE -IBODE, est-il un mythe ou une réalité ?

## 2. Historique des deux spécialités

Ces deux spécialisations possèdent chacune leur histoire et c'est peut-être dans cette histoire que l'on peut déterminer l'origine du « conflit ».

### a. L'infirmière anesthésiste

A l'origine l'anesthésie n'était pas une discipline médicale, mais une activité satellite des chirurgiens. En France, l'anesthésie était généralement réalisée par un infirmier(e) voire le chauffeur du chirurgien. C'est seulement après la guerre que l'anesthésie s'organise en Europe, sous l'influence des armées de la libération. L'armée américaine libère la France, elle a dans son corps sanitaire des médecins anesthésistes mais surtout des infirmiers anesthésistes. Ainsi en 1945, se côtoient sur les mêmes bancs de la faculté de médecine de Paris, médecins et infirmiers pour un enseignement d'une année.

En 1949, est créé un enseignement destiné aux paramédicaux, sanctionné par une attestation de fin d'étude. En 1961, le premier programme d'études en deux ans apparaît, un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste est délivré (annexe 1). Le ministère inscrit l'anesthésie générale dans les actes professionnels autorisés aux infirmiers.

A partir de cette date, les infirmiers anesthésistes entrent dans le corps des infirmiers spécialisés et vont bénéficier d'un statut particulier, avec leur propre filière et une représentativité de droit par l'intermédiaire de leur syndicat professionnel créé en 1951 par Madame Anna de Casamajor.

En 1971, le programme des études paraît au Journal Officiel. Plusieurs écoles ouvrent ; la formation de la faculté de médecine est arrêtée et l'Assistance Publique crée une école en 1973.

Le rôle de l'infirmier anesthésiste va se structurer progressivement au sein d'un service d'anesthésie dirigé par un médecin anesthésiste-réanimateur et sous la

responsabilité d'un cadre de la spécialité. L'infirmier anesthésiste n'est plus seul, mais membre d'une équipe dans laquelle il va travailler en complémentarité avec des médecins anesthésistes réanimateurs. Les missions se clarifient, l'exclusivité de compétence est obtenue en 1988 par le décret n°88-902 du 30 août 1988 (annexe 2).

#### b. L'infirmière de bloc opératoire

La fonction IBODE est apparue progressivement et parallèlement à l'évolution de la chirurgie.

Pendant la première guerre mondiale, il existait des infirmières assistantes en chirurgie.

En 1948, la première école française est créée à l'Assistance Publique de Paris, comportant déjà un concours d'entrée et neuf mois de formation.

En 1963, cette école ferme au profit de la création d'un cycle de formation, puis en 1965, la Croix Rouge de Marseille crée une école de panseuses - instrumentistes avec encore la notion de concours d'entrée et 9 mois de formation.

Un décret est voté en 1971, le 21 janvier, portant sur la création d'un certificat d'aptitude en salle d'opération (CAFISO en annexe 3).

Puis à partir de 1972, des écoles se créent dans toute la France.

Ce certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération est devenu le diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire (DEIBO) par le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret de 1971(annexe 4).

L'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire (annexe 5) a défini les objectifs et le contenu du programme de formation en 18 mois.

Après une rapide analyse de ces deux historiques, on ne met pas en évidence de différences majeures entre ces deux spécialisations.

Au contraire, en ce qui concerne l'enseignement, leur ancienneté est à peu près similaire, 1949 pour les infirmiers anesthésistes et 1948 pour les infirmières de bloc opératoire.

### 3. Les fonctions de ces deux spécialisations

Connaître ces deux professions est un point indispensable dans la construction de ce sujet.

Voyons plus en détail en quoi elles consistent. Elles ont été légiférées dans un même décret professionnel : décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique et dépendent d'une hiérarchie commune.

#### a. L'infirmière anesthésiste

##### **Article R. 4311-12 du code de la santé publique**

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur ait examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier (ou l'infirmière) anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

La SFAR, société française d'anesthésie et de réanimation, a émis, également des recommandations concernant le rôle de l'infirmier(e) anesthésiste, ce qui démontre un intérêt des médecins anesthésistes réanimateurs pour la profession, et donc une reconnaissance médicale des compétences des infirmier(e)s anesthésistes.

Fait qui n'existe pas pour les infirmières de bloc opératoire.

b. L'infirmerie de bloc opératoire

**Article R. 4311-11 du code de la santé publique**

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
  - 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
  - 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
  - 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
  - 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.
- En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

c. Les différences

On observe tout d'abord une disparité concernant le cursus de formation. En effet, pour les IBODE, l'enseignement, à la fois pratique et théorique, est de 18 mois. Pour les IADE cet enseignement est plus long, il est de deux ans, avec proportionnellement une formation théorique moins importante (700 heures) que celle des IBODE (870h), mais une formation clinique plus longue de 70 semaines (39 pour les IBODE). Cette formation plus longue conduit à une grille salariale différente et plus attractive. Les infirmiers anesthésistes, en outre, bénéficient de l'exclusivité de fonction, alors que les infirmiers de bloc opératoire ne bénéficient, eux, que d'un « exercice

prioritaire » de certaines activités face aux infirmiers exerçant dans les blocs opératoires.

#### d. Les points communs

Le diplôme d'infirmier est le socle commun à ces deux spécialisations, pour lesquelles la démarche de soins conserve les mêmes principes (initiative et accomplissement des soins jugés nécessaires, diagnostics infirmiers, objectifs de soins, rédaction du dossier du patient).

Les activités communes sont diverses :

- Dans l'information préopératoire du patient : visite préopératoire pour l'ibode et entretien préopératoire avec le patient, conjointement à une consultation d'anesthésie faite par le médecin anesthésiste-réanimateur, pour l'iade.
- Dans la préparation de l'intervention : vérification de la fonctionnalité de la salle d'opération, fiche d'ouverture de salle, pour l'ibode, fiche de « check-list » pour l'iade.
- Dans le cadre de la traçabilité de toutes les activités : les mêmes responsabilités pour les deux spécialisations.
- A l'arrivée du patient au bloc : entretien d'accueil ; vérification des éléments indispensables à sa prise en charge pour l'anesthésie et la chirurgie ; installation du patient en position chirurgicale en présence de l'anesthésiste et du chirurgien, vérification des points d'appuis pour la prévention des accidents posturaux, prévention de l'hypothermie du patient.

Des zones de communications sont incontournables :

- Lors de l'induction, l'ibode doit rester attentif à l'équipe d'anesthésie, (interrompre la préparation de l'instrumentation) et lui prêter, si besoin, assistance, tout comme au réveil d'un patient risquant d'être agité.
- Une communication étroite doit se poursuivre tout au long du geste chirurgical pour repérer les différents temps opératoires et les phases à risque.

- IBODE et IADE communiquent également dans le cadre de la gestion des matériels et équipements : gestion de la maintenance, gestion des stocks, commandes des produits et dispositifs médicaux.
- En ce qui concerne la maîtrise des coûts d'activité, ils ont un rôle prépondérant en termes de contribution économique, puisqu'ils participent au sein des conseils de blocs et de services à l'attribution des budgets. En effet, avec la nouvelle tarification de l'activité (T2A), ils doivent avoir la connaissance des coûts dans ces secteurs à haute technicité, donc dispendieux, que sont les blocs et sites interventionnels.

A ce stade de l'analyse, les points de convergence entre les deux spécialités sont plus importants : socle commun de formation, principes de soins identiques, hiérarchie commune, collaboration en théorie indispensable face à certaines tâches.

#### **4. L'environnement professionnel**

##### **a. Le bloc opératoire**

Le bloc opératoire est une zone protégée, un lieu cloisonné de par les règles strictes d'hygiène qui y règnent bien sûr, conformément aux réglementations, mais aussi et surtout à cause du cloisonnement des professions et des professionnels. Mais c'est aussi un milieu très en proie à la technologie où les soignants deviennent des techniciens.

Historiquement, les premières interventions s'effectuent dans des salles communes puis dans des salles contiguës. Il a fallu attendre le XVIIIe siècle, avec l'incendie de l'Hôtel-Dieu de Paris, les découvertes de Pasteur, la découverte de l'anesthésie pour justifier d'un élan nouveau et le besoin de créer de véritables salles d'opérations. Les premières datent de la seconde moitié du XIXe siècle.

Ce sont les infections opératoires qui ont influencé la conception des blocs opératoires contemporains. C'est alors que les infirmières et le corps médical se soumettent aux contraintes de la discipline qu'imposait l'hygiène. Après de nouveaux problèmes infectieux à l'Hôpital, on a nommé des services à haut risque tels que les blocs opératoires, les unités de réanimation, de stérilisation... Ces différents services

ont été hébergés dans des espaces préservés. C'est ainsi que ces espaces clos ont pris le nom de « zone protégée » ou « enceinte protégée. »

Le Dictionnaire « Le Robert » définit une enceinte comme ce qui entoure un espace à la manière d'une clôture et en défend l'accès.

Le verbe « protéger » vient du latin *protegere*, de *tegere* « abriter » => toit. Il introduit l'idée d'aide de manière à mettre à l'abri d'une attaque, des mauvais traitements, du danger physique ou moral. La seconde idée est celle de défendre contre tout atteinte, garantir, sauvegarder.

On peut dire que les enceintes protégées sont des conceptions architecturales, dont la rigueur de l'usage associée à une discipline, sont organisées pour écarter les risques d'infections. Les seules possibilités d'y pénétrer répondent à des procédures de passage au travers de sas (patient, personnel, matériel). L'efficacité des enceintes protégées est conditionnée par la discipline de tous les personnels du bloc opératoire.

La première particularité du travail au bloc opératoire est l'organisation, le plus souvent, de l'espace en trois zones distinctes :

La zone opératoire dédiée à l'acte chirurgical, la zone d'anesthésie occupée par le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) et l'iade est située à l'opposé de l'acte chirurgical. La zone de circulation située en périphérie permettant au personnel et aux visiteurs de suivre l'intervention chirurgicale en respectant les règles d'hygiène et de sécurité. Cette zone permet la libre circulation de l'ibode qui répond aux besoins ponctuels de matériels chirurgicaux.

Une des particularités des salles d'opérations est le silence. On n'entend souvent que les instruments de chirurgie et le bruit du cardioscope. Chacun occupe sa place dans le rôle qui lui est réglementairement dévolu. Le côté chirurgical est séparé de l'anesthésie par un large champ opératoire.

Les infirmiers, IADE et IBODE travaillant dans ce secteur hautement spécialisé, deviennent alors des techniciens au détriment de leur statut de « soignant ».

Y a-t-il de ce fait, une déshumanisation au bloc opératoire ?

S'ils travaillent conjointement dans un même environnement : le site interventionnel, l'IBODE et l'IADE évoluent toutefois dans deux zones respectives, liées à leur prise en charge spécifiquement orientée du patient.

#### b. la zone de travail de l'infirmière anesthésiste

L'IADE occupe la zone d'anesthésie avec le médecin anesthésiste-réanimateur.

Cette zone, située à l'opposé de l'acte chirurgical, comprend les équipements de suppléance et de surveillance des fonctions vitales de l'opéré, ainsi que la pharmacie nécessaire à l'anesthésie et à la réanimation.

Si cette zone peut sembler ouverte, car « non stérile », elle reste d'accès limité afin de préserver l'ergonomie du travail anesthésique et d'éviter tout débranchement accidentel de ces appareils.

#### c. la zone de travail de l'infirmière de bloc opératoire

L'IBODE, aide opératoire ou instrumentiste, officie dans la zone opératoire dédiée à l'acte chirurgical, dans une bulle stérile délimitée par :

- la table d'opération sur laquelle est installé le patient recouvert de champs stériles ;
- l'équipe d'opérateurs (chirurgien et aides, de part et d'autre du champ) ;
- une ou plusieurs tables d'instrumentation.

L'IBODE circulant, délivre les dispositifs médicaux stériles à l'instrumentiste. Elle garde toujours, par rapport à cette bulle stérile, une distance de 60 cm.

Cette séparation de fonctions et d'espace, qui est aussi obligatoire que compréhensive, et le silence régnant en salle peuvent-ils nourrir le cloisonnement des deux fonctions que sont celles de l'IADE et celle de l'IBODE ?

### **5. Des définitions et concepts**

Définir ces termes semble justifié afin de comprendre les tenants et les aboutissants de ce travail, et de pouvoir mettre en parallèle le travail des IBODE et des IADE.

## a. Le travail en équipe

Le professeur Robert Lafon dans son article sur les mécanismes des relations humaines dans le travail évoque que :

« L'équipe n'est pas une addition d'êtres, mais une totalité, un groupe psychosocial vivant et évolutif, une inter dépendance consentie où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne. »<sup>1</sup>

Pour le professeur Lafon « il n'y a pas d'équipe sans orientation de tous vers un but, avec une succession d'actions qui sont la raison d'être de l'équipe. »<sup>2</sup>

Pour le comité de « Yacinthe Dubreuil » des relations humaines, « c'est l'identité du but qui engendre la concertation des actions et l'unité de l'esprit. Si le but commun n'existe pas, l'équipe n'est qu'un agglomérât. »<sup>2</sup>

Ainsi, on pourrait dire qu'il existe, au sein d'une organisation, des rôles pour chacun des individus dans la distribution du travail, et que la convergence des efforts dans l'exécution de la tâche sera l'œuvre commune.

« Dans l'équipe, la relation inter humaine joue un rôle essentiel, où l'engagement personnel produit une participation d'une qualité spécifique où chaque membre participe à part entière »<sup>2</sup>

Ceci nous amène à faire la différence entre travail en « groupe » et le travail en « équipe ».

Monello et Elton Mayo ont fait la distinction suivante :

« Le travail en groupe est défini comme une structure à l'intérieur de laquelle se trouvent réunis des travailleurs de même profession, et où chacun réalise de la même façon le même travail ».

« Le travail en équipe est défini par la pluridisciplinarité, il groupe des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres ».<sup>3</sup>

---

1. Le travail en équipe-Roger Mucchielli, page 6-formation permanente en science humaine

2. Le travail en équipe-Roger Mucchielli, page 7-formation permanente en science humaine

3. Le travail en équipe-Roger Mucchielli, page 9-formation permanente en science humaine

Nous pouvons ainsi restituer ce concept d'équipe en milieu hospitalier, notamment au bloc opératoire, où les IADE et IBODE font partie d'une même équipe, accompagnés d'autres acteurs comme les aides-soignants, infirmières, brancardiers, agents de service, cadres, chirurgiens, et médecins anesthésistes-réanimateurs.

#### b. La collaboration

« Collaborer » : travailler en commun (à quelque chose, avec quelqu'un). Apporter sa collaboration, c'est apporter son aide, sa participation.

Coopérer : Agir, travailler conjointement (avec quelqu'un)

Coopération : Action de participer à une oeuvre commune => collaboration. Apporter sa coopération à une entreprise : son aide, son concours.

Les termes de collaboration et coopération sont synonymes (dictionnaire des synonymes, éditions Larousse 2001). On retrouve dans les deux cas la notion de travail en commun à peu de chose près.

La coopération, c'est la mise en mouvement de la coordination avec une implication personnelle extrêmement forte.

La coordination est définie comme un agencement logique des parties d'un tout en vue d'obtenir un résultat déterminé.

« Coopérer », c'est agir ensemble dans la coordination. Il renvoie à un mode d'action collective qui correspond à des exigences d'articulations efficaces et harmonieuses.

On ne peut passer de l'intérêt individuel à collectif que s'il s'instaure une coopération entre les individus et un objectif commun. Cela demande un investissement personnel et des valeurs communes.

#### c. La communication

La communication est l'action, le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un.

La « communication » est le processus de transmission d'informations. Ce terme provient du latin « communicare » qui signifie « mettre en commun ».

La communication et la relation interpersonnelle sont deux termes proches.

La relation désigne la forme et la nature du lien (familial, de voisinage, professionnel...) qui unit deux personnes. La communication est le rapport d'interaction qui s'établit lorsque les partenaires sont en présence.

La communication est le vecteur de la connaissance et de la culture, c'est un mode d'échange pour des communautés de personnes souhaitant partager des cultures communes. Elle a pour objectif de faire passer un message, une connaissance, une émotion.

Elle crée également une norme commune pour se comprendre, ainsi qu'une relation pour dialoguer ou relancer le dialogue. Elle permet aux individus de dévoiler leur identité, leur personnalité au tiers, pour être connus et reconnus.

Ces deux principes : la communication et la collaboration entre les IADE et les IBODE, sont deux éléments nécessaires au travail d'équipe et donc essentiels au fonctionnement d'un bloc opératoire, afin que celui-ci soit efficient. Ils font partie intégrante du processus de soins.

#### d. Les enjeux

« Travailler ensemble » est un défi ; défi d'autant plus important à l'hôpital qui devient une organisation de plus en plus complexe, avec des contraintes de plus en plus nombreuses, qui ont des conséquences sur la motivation des professionnels de santé.

L'un des champs d'action du plan Hôpital 2007, concerne le parcours de soins du patient et l'amélioration de sa prise en charge. Le décloisonnement des services, la mutualisation des moyens, la polyvalence des professionnels, sont des outils pour réaliser les objectifs gouvernementaux.

La mutualisation des moyens concerne entre autre, les moyens humains. Cela fait appel inévitablement aux notions de communication et de collaboration, et de travail en équipe.

Le but de ces démarches, est la qualité des soins prodigués au patient. Selon l'OMS « la qualité des soins est de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en

terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Les IADE et les IBODE s'inscrivent dans cette démarche qualité en tant qu'acteurs.

En effet, au bloc opératoire le besoin de collaboration et de solidarité est omniprésent. Par exemple, lors de l'installation du patient sur la table d'opération ou au moment de l'induction. C'est à cette période délicate de l'anesthésie que le stress du patient est au maximum, alors qu'il perçoit autour de lui l'agitation et l'affairement de chacun. La collaboration au travail du « binôme » IADE-IBODE est bénéfique à la fois pour l'opéré et pour l'équipe.

Le patient est le premier bénéficiaire en termes de sécurité et de prévention des risques, car analyser les données ou vérifier les points d'appuis grâce au principe des quatre yeux permet d'éviter les erreurs.

Mais si la collaboration est nécessaire pour une prise en charge globale du patient et la continuité des soins, elle se justifie également, à plusieurs titres, pour les professionnels.

D'autre part, elle permet de faire face à la baisse des effectifs qualifiés, en développant une entraide, contribuant aussi à un gain de temps et à une amélioration des conditions de travail.

D'autre part, elle favorise une cohésion de l'équipe qui s'enrichira toujours par l'échange des expériences et des savoirs, ou par le partage des moments difficiles dans l'urgence par exemple, ou face à un décès. Ces moments de partage et les victoires remportées ensemble favorisent l'unité d'esprit ou l'esprit d'équipe.

## **II. L'ENQUETE**

### **1. L'objectif**

L'objectif de l'enquête est de savoir s'il existe une réelle scission entre ces deux catégories de personnel, et si oui quelles en sont les raisons ?

Et quelles sont les solutions pour développer ou préserver une collaboration ?

## **2. Le choix du terrain**

Au départ j'avais choisi de réaliser cette étude au sein des blocs opératoires d'un centre universitaire, pour les raisons suivantes :

- Le Bloc Opératoire répond à mon questionnement initial.
- Les possibilités d'affectations des agents dans un Centre Hospitalier Universitaire sont multiples (notons que si les agents ne choisissent pas toujours leur unité d'affectation initiale, ils choisissent, au final, d'y rester).

Cet établissement contient 10 blocs opératoires sectorisés par spécialisations (vasculaire, neurochirurgie ...), chaque bloc a donc sa propre organisation.

Au cours de mon étude, j'ai choisi d'ouvrir mon enquête à un autre établissement, dans un bloc opératoire pluridisciplinaire, avec une équipe d'infirmiers IADE et IBODE plus restreinte. Les conditions de travail étant différentes, on peut s'attendre à des résultats distincts de ceux d'un CHU.

Il est à préciser que j'ai volontairement exclu de mon étude les blocs opératoires pédiatriques. En effet la prise en charge de l'enfant inclut une dimension affective importante susceptible d'influencer les relations dans une équipe.

Je précise également que j'ai exclu de cette démarche, le secteur privé, dont les objectifs généraux peuvent influencer le travail des équipes.

## **3. le choix de l'outil**

L'entretien semi-directif :

Compte tenu de ma recherche, j'ai choisi de mener une enquête sous forme d'entretiens individuels semi-directifs en face à face avec enregistrement.

Ce type d'entretien a l'avantage d'offrir une écoute et une attention à la personne interrogée et de permettre un recueil de données de type qualitatif. L'emploi du dictaphone me paraît plus judicieux qu'une prise de notes dans ce cas précis puisque :

- Toute l'attention est portée au sujet interrogé,
- L'entretien permet l'expression libre des personnes interrogées,
- Il permet d'aller au-delà des questions préparées en fonction des opportunités que m'offrent leurs réponses,

- Il autorise, par une prise de recul, une analyse plus objective que lorsqu'elle est réalisée à l'instant « T »,

- Il permet de recueillir la totalité des propos avec ses silences et son intensité.

Bien évidemment, chaque participant a eu la garantie de l'anonymat et a accepté l'enregistrement. La durée moyenne prévue de l'entretien est fixée entre une demi-heure et une heure.

#### 4. l'échantillon

L'interview porte sur huit professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge du patient au bloc opératoire dont :

- Quatre paramédicaux de chaque catégorie : IBODE, IADE, afin de repérer les similitudes et les écarts supposés liés à une identité professionnelle et un écart prédictif d'expérience (> à 10 ans et < à 5 ans d'ancienneté). Ils ont été choisis en fonction de nos disponibilités respectives. Ces professionnels ont une moyenne d'âge de 43 ans, et une moyenne d'ancienneté dans leur fonction d'IADE ou d'IBODE de 10 ans.

	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Ancienneté de diplôme</b>	<b>Etablissement</b>
<b>IADE n°1</b>	Féminin	37 ans	5 ans	CHU
<b>IADE n°2</b>	Masculin	54 ans	20 ans	CHU
<b>IADE n°3</b>	Masculin	36 ans	4 ans	CHU
<b>IADE n°4</b>	Féminin	52 ans	14 ans	Hôpital périphérique
<b>IBODE n°1</b>	Masculin	37 ans	3 ans	CHU
<b>IBODE n°2</b>	Féminin	52 ans	8 ans	CHU
<b>IBODE n°3</b>	Masculin	36 ans	9 ans	CHU
<b>IBODE n°4</b>	Féminin	41 ans	15 ans	Hôpital périphérique

## 5. les limites de l'étude

Les limites de l'étude se situent à plusieurs niveaux :

- mon inexpérience dans la conduite d'entretien reste une limite au recueil d'informations,
- l'échantillon choisi ne permet pas une généralisation de fonctionnement des professionnels IADE et IBODE,
- cette étude porte uniquement sur des éléments discursifs. Il serait pertinent de la compléter par une observation des pratiques.

## 6. les résultats recueillis

Le guide d'entretien est présenté en annexe 6. Cet entretien contient 3 parties :

La première concerne les représentations de la prise en charge du patient par les IADE et les IBODE.

La deuxième décrit leur vision du travail en équipe.

Enfin la troisième vise à identifier les connaissances vis à vis de la spécialisation IADE ou IBODE, ainsi que leurs attentes vis à vis de leurs collègues.

a) la prise en charge du patient

*Question n°1*

**Que représente la prise en charge du patient pour vous ?**

*IADE n°1 : « La prise en charge d'un patient, c'est assurer la sécurité du patient et l'accompagnement psychologique. Quand ils arrivent, ils sont dans une situation de stress, ils ont besoin d'être rassurés. Le côté humain est primordial. Même si ce temps est court il ne faut pas le négliger. C'est important pour moi. En per-opératoire, c'est un tout. On ne peut pas rester d'un côté du rideau sans aller voir ce qu'il se passe de l'autre côté. On travaille ensemble, il y a une bonne synergie entre le côté chirurgical et le côté anesthésie, je ne sens pas de séparation. »*

IADE n°2 : « La prise en charge du patient, c'est une prise en charge de A à Z, c'est à dire de l'accueil du patient jusqu' à son installation en salle de réveil. C'est une prise en charge globale, qui va de la mise en confiance du patient, veiller à son confort, tenter de limiter son stress, mais aussi c'est tout l'aspect technique et sécuritaire. Mais il faut toujours rester vigilant au confort du patient c'est important. »

IADE n°3 : « Ca commence dès l'arrivée du patient au bloc opératoire, il faut commencer par lui parler, lui dire bonjour, ne pas tout de suite l'agresser avec les vérifications d'usage : le jeûne, les allergies... . Il faut dans un premier temps briser la barrière. Ils sont morts de trouille à leur arrivée, sur un brancard à moitié nus, il faut impérativement leur expliquer tous nos gestes, puis on les installe correctement. En fait c'est comme si on s'occupait d'un enfant, dans le sens où ils ne sont plus autonomes, on les aide. »

IADE n°4 : « C'est une prise en charge avant tout globale, où l'équipe doit donner le meilleur d'elle même et travailler dans l'unité et la cohésion. »

IBODE n°1 : « C'est totalement un travail d'équipe, ça ne peut pas être autrement. Chacun est soucieux de prendre en charge la « partie » du patient qui l'intéresse mais malgré tout, cela doit être un travail d'équipe, surtout au niveau de l'accueil et de l'installation. Si cela ne se passe pas comme ça, on va à la catastrophe, ce n'est pas satisfaisant. »

IBODE n°2 : « La prise en charge du patient commence dès l'accueil, l'installation, son confort, la qualité des soins qu'on lui donne. Chacun prend connaissance du dossier, et dans cette prise en charge, on peut se donner un coup de main, se rendre service mutuellement, ça aide également à la qualité des soins. C'est un libre échange entre nous. »

IBODE n°3 : « J'accorde autant d'importance à la qualité de mon travail technique qu'à la qualité de l'ambiance. Les deux sont liées. C'est créer un environnement où le patient sent une ambiance détendue et rigoureuse. Que le patient sente une absence de clivage, une ambiance zen, propice à un travail de

*qualité. Une bonne prise en charge du patient c'est lui offrir des soins techniques de qualité, de la vigilance, de la rigueur, un climat... »*

*IBODE n°4 : « La prise en charge du patient c'est pouvoir travailler ensemble en toute harmonie afin de donner au patient la sécurité, la qualité des soins dont il a besoin. »*

Question n°2

### **Comment vous situez-vous dans cette prise en charge ?**

*IADE n°1 : « Chacun a sa tâche mais il y a une bonne synergie entre tous les acteurs. Chacun respecte le travail de l'autre et le rôle de l'autre. »*

*IADE n°2 : « Je pense être là pour rappeler que le patient est une personne, il y a souvent une focalisation sur le site opératoire et on oublie le patient sous les champs »*

*IADE n°3 : « On a presque un rôle de pivot, c'est toujours un peu délicat, on a tendance à donner des ordres, mais c'est parce que l'on a des contraintes d'anesthésie liées à la pathologie du patient, que les autres acteurs n'ont pas...on a une place qui n'est pas la pire mais pas toujours la meilleure, car il faut pouvoir jongler avec beaucoup de choses : le chirurgien, le matériel, les IBODE . On est au milieu de tout ça. »*

*IADE n°4 : « Je me situe en tant que personne responsable du côté réanimation, je m'occupe de la prise en charge des données respiratoires et hémodynamiques, ce qui relève de mes fonctions. Mais cela ne m'empêche pas d'avoir des territoires partagés avec l'équipe chirurgicale. »*

*IBODE n°1 : « Comme un acteur de l'équipe, j'apprécie que l'IADE me prévienne en cas de soucis, et moi je lui donne également des infos qui peuvent lui être utiles. A tous points de vue cela doit être un travail d'équipe. »*

IBODE n°2 : « *Je suis un maillon de la chaîne !!* »

IBODE n°3 : « *Les rôles sont bien définis, il y a autant de personnes que de sièges. Tout le monde a son rôle. Pour moi, il y a des espaces, malheureusement, des « no man's land » entre nous. Si on allait plus vers l'anesthésie et eux plus vers la chirurgie, on pourrait couvrir ces espaces vides et être sûr de ne rien laisser passer* »

IBODE n°4 : « *Je suis un membre à part entière de l'équipe, avec un rôle particulier lié au côté chirurgical, avec quand même des zones de travail communes avec les IADE.* »

Question n°3

### **Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de votre profession ?**

IADE n°1 : « *Cela arrive parfois, mais cela dépend beaucoup de la personne avec laquelle on travaille, mais en général cela se passe très bien, je n'ai pas de soucis.* »

IADE n°2 : « *Bien sûr !! Le problème c'est la prise en charge du patient, on se retrouve très souvent tout seul, complètement abandonné ! Ça c'est surtout en fin d'intervention, le pansement est à peine mis que tout le monde est parti, et l'IADE se retrouve seul, on est littéralement abandonné.* »

IADE n°3 : « *Oui ! ha oui !... parfois on se retrouve seul, avant et après l'intervention. L'IADE est souvent le premier et le dernier auprès du patient. On a l'impression que les IBODE, les chirurgiens, les internes en chirurgie, oublient que le patient est une personne, et que même si l'intervention est finie, la prise en charge du patient continue !!!*

IADE n°4 : « *Parfois, quand il y a des rotations rapides de patients, c'est compliqué ! Car on doit rester d'un bout à l'autre de la prise en charge du patient, ensemble ! Et ce n'est pas toujours le cas, car les tâches sont dispersées et que les*

*panseuses oublient parfois le patient pour faire d'autres choses, et nous laissent seul »*

IBODE n°1 : *« Oui ! Durant ma formation d'IBODE il était très difficile de pénétrer dans le territoire des IADE. Je me suis fait plusieurs fois « éjecter » ! C'est dommage. Je pense que chacun se soucie trop de « son côté » il faudrait être plus ouvert et faire plus de concessions. »*

IBODE n°2 : *« Non pas vraiment, mes soucis sont plus d'ordre organisationnel, par exemple le non respect de la classe d'altemeier (classification des interventions en fonction de leur risque infectieux). »*

IBODE n°3 : *« Oui, mais avec l'ancienneté j'ai réussi à effacer certaines difficultés, en prenant du recul, j'ai pu à contrario me rapprocher des personnes, et dire plus ouvertement les choses. »*

IBODE n°4 : *« Oui on a parfois des soucis de communication, je pense qu'on ne parle pas assez, et du coup on ne va pas dans le même sens dans la prise en charge, ça crée des tensions. »*

## b) Le travail d'équipe

Question n°4

### **Que signifie le travail d'équipe pour vous ?**

IADE n°1 : *« Le travail en équipe c'est de comprendre ce que l'autre fait et pourquoi, pour que la prise en charge soit optimale, pour ne pas que l'on se gêne, travailler ensemble c'est se comprendre. »*

IADE n°2 : *« C'est travailler ensemble dans la même direction ! On est tous là pour le patient, c'est avoir les mêmes objectifs, et c'est être ensemble de A à Z ! »*

IADE n°3 : « Cela signifie donner un coup de main à mes collègues, et que mes collègues me donnent un coup de main. On est tous là pour le même truc, plus on s'aide et mieux c'est !... C'est un échange, mais malheureusement ça ne se passe pas toujours comme ça... »

IADE n°4 : « C'est que chacun ait sa place autour du patient, qu'il y ait le moins de dispersion possible et que chacun puisse s'aider si on est en difficulté. »

IBODE n°1 : « C'est communiquer, pour moi ça commence par ça : la communication ! Il faut aller dans le même sens, et si on ne communique pas c'est la catastrophe. » La communication est essentielle ! »

IBODE n°2 : « C'est s'entraider les uns les autres, pour le bien du patient, on est là pour ça ! »

IBODE n°3 : « C'est avant tout une ambiance d'équipe, un climat, c'est créer un climat qui soit propice aux échanges, qui neutralise les tensions, ça crée une tranquillité et cette tranquillité permet de donner de l'info. C'est une ambiance où chacun n'a pas peur de dire les choses. »

IBODE n°4 : « Le travail d'équipe c'est travailler ensemble dans la même direction, vers un même objectif, dans un climat de confiance, d'entraide et de sérénité. »

Question n°5

### **Quelle importance accordez-vous au travail d'équipe ?**

IADE n°1 : « C'est très important, pour une bonne prise en charge du patient. »

IADE n°2 : « C'est essentiel !!, sans ça on n'avance pas, si on ne veut pas travailler en équipe au bloc il faut changer de métier !! »

IADE n°3 : « Si il n'y a pas de travail d'équipe on ne peut pas bosser ! Pour la prise en charge du patient, si on ne travaille pas en équipe, ça ne marche pas ! C'est un gain de temps, de confort donc un bien pour le patient mais aussi pour nous. »

IADE n°4 : « J'accorde une grande importance au travail d'équipe, la prise en charge du patient seul, c'est très difficile. Il est toujours important d'être plusieurs pour optimiser la prise en charge. »

IBODE n°1 : « C'est essentiel !! Pour la sécurité du patient et essentiel également pour nous, travailler ensemble dans un bon esprit ça allège la journée, ça la rend moins difficile. »

IBODE n°2 : « C'est très important, très important, très important. Ce n'est pas des classes fermées, on est là pour le patient, on est TOUS là pour lui. »

IBODE n°3 : « C'est capital ! On fait un travail qui ne peut se faire qu'en équipe harmonieuse, sinon c'est voué à l'échec, chacun doit être à l'écoute de l'autre. »

IBODE n°4 : « Le travail d'équipe est indispensable à un travail de qualité, si il n'y a pas de cohésion, c'est beaucoup plus difficile. »

Question n°6

### **Pensez-vous travailler en équipe ?**

IADE n°1 : « Oui, je pense que oui. »

IADE n°2 : « Avec certaines personnes oui, ça dépend des personnes avec qui on travaille, la jeunesse actuelle ne travaille plus comme nous, nous nous étions formatés pour le travail d'équipe, ce n'est pas le cas pour eux. »

IADE n°3 : « *J'essaie de le faire au maximum, mais ce n'est pas toujours très facile, car il y a une question d'affinité, parfois c'est difficile, c'est « personne dépendant ».* »

IADE n°4 : « *Je pense travailler en équipe mais c'est vrai que souvent il y a des problèmes car nous n'avons pas les mêmes priorités avec l'équipe chirurgicale, ça provoque des situations de clivage. »* »

IBODE n°1 : « *Oui ! Moi j'estime travailler en équipe. »* »

IBODE n°2 : « *J'essaie ! Je fais de mon mieux, et j'aime bien ! »* »

IBODE n°3 : « *Oui, je travaille pour ça, je vais dans ce sens là. »* »

IBODE n°4 : « *Je fais tout pour ça, j'essaie de créer des liens. »* »

*Question n°7*

### **Quel est l'enjeu de cette collaboration ?**

IADE n°1 : « *L'enjeu c'est la sécurité du patient, un travail plus efficace. »* »

IADE n°2 : « *C'est simple, c'est la prise en charge du patient de son arrivée à la sortie du bloc opératoire. Cela doit être quelque chose de partagé, la prise en charge doit faire intervenir plusieurs participants : IADE, IBODE, aide-soignants, médecins... tout le monde doit participer. »* »

IADE n°3 : « *C'est une meilleure prise en charge du patient, c'est le B.A.B.A, si on se communique nos informations respectives, on y gagne et le patient aussi. »* »

IADE n°4 : « *L'enjeu c'est d'assurer une bonne efficacité de travail, et d'assurer la sécurité du patient. »* »

IBODE n°1 : « C'est la qualité de prise en charge globale du patient. Si on ne collabore pas, la qualité n'est pas là. Où c'est flagrant c'est lors de l'accueil du patient, qui fait partie intégrante de la qualité des soins. Le patient ressent s'il y a un manque de collaboration. Si l'équipe est soudée, le patient sera rassuré. »

IBODE n°2 : « C'est un mieux pour les patients, c'est la qualité. »

IBODE n°3 : « Plus il y a de tensions liées au cloisonnement des fonctions et moins il y a de dialogue et d'échange. On n'est pas chirurgien, IADE, IBODE, aide-soignant... on est tous ensemble pour réaliser un ouvrage. La qualification n'est qu'un préambule qui nous permet de rentrer dans l'arène. Une fois dans cette arène l'enjeu n'est plus nos qualifications mais le travail commun que l'on doit réaliser. Chacun ensuite peut ajouter une touche personnelle, avoir une idée qui va améliorer la prise en charge du patient. Il faut vraiment installer un bon climat. »

IBODE n°4 : « C'est d'assurer une prise en charge optimale en toute sécurité et sérénité. »

Question n°8

### **Y a-t-il un partage des connaissances et des tâches ?**

IADE n°1 : « Pas vraiment, on a chacun notre rôle, et on essaye de le tenir. On s'entend bien mais il n'y a pas de véritable partage. »

IADE n°2 : « Parfois cela arrive, mais c'est assez rare, en fait cela dépend beaucoup de la personne avec laquelle on travaille. On a envie ou non de partager, c'est « personne dépendant ». Mais en général, non il n'y a pas vraiment de partage. »

IADE n°3 : « Non ! Non, car il y a cet espace entre les deux professions, qui est idiote d'ailleurs, mais parfois avec certaines personnes, on a envie de communiquer, c'est « individu dépendant ». Parfois, on a envie d'échanger, certains s'intéressent, d'autres pas. Ce serait mieux si l'on pouvait échanger plus. »

IADE n°4 : « Non pas vraiment, je dirais qu'il y a une notion de rivalité, de non compréhension, le champ opératoire exprime bien la différence entre la chirurgie et l'anesthésie. »

IBODE n°1 : « O ui ! C'est certain ! L'IADE va me poser des questions sur les temps opératoires pour gérer au mieux son anesthésie, et moi je lui pose des questions sur la pathologie du patient, pour être vigilant par exemple au moment de l'installation.

Mais je crois que c'est avec l'ancienneté que l'on commence à pouvoir s'intéresser à l'autre côté. Quand on est plus jeune on est plus concentré sur la chirurgie. »

IBODE n°2 : « Un partage des connaissances tu ne l'as que si tu poses des questions, sinon, non. Pour le partage des tâches, chacun a les siennes, rares sont les moments de partage, seulement lors de l'accueil, de l'installation du patient. Pourtant, partager c'est essentiel, ça fait partie des choses essentielles pour le patient. »

IBODE n°3 : « Oui, .... En fait non, ce n'est pas si sûr, pour certaines personnes, la compétence au bloc opératoire est liée au savoir, et donc pour certains, garder sa compétence c'est garder son savoir pour soi. Moi même au début de ma carrière je pensais que rediffuser mes connaissances, c'était les perdre. J'ai très vite compris que c'était contre productif et qu'il fallait partager ses connaissances pour aller en chercher d'autres. » En ce qui concerne les tâches, il est important que chacun ait l'impression de faire quelque chose d'important, tout le monde doit avoir l'impression que ce qu'il fait est important. Il faut considérer tout comme étant essentiel, c'est ça aussi la qualité. »

IBODE n°4 : « Il n'y a pas de réel partage, c'est dommage ! Chacun garde ses connaissances, parfois on pose des questions, et on nous répond, parfois ! »

Question n°9

**Quelle serait pour vous la situation idéale ?**

IADE n°1 : « *Des relations harmonieuses. L'épanouissement personnel dans le travail, on l'a dans l'harmonie. On ne l'a ni dans le conflit, ni dans la pression. Au final, c'est le patient qui y perd. Ici, je suis satisfait.* »

IADE n°2 : « *Mettre réellement le patient au cœur de nos préoccupations. Respecter le silence pendant l'induction, être tous présents à tous les temps, c'est à dire de l'arrivée du patient à sa sortie du bloc, travailler dans une ambiance calme et sereine.* »

IADE n°3 : « *Il n'y en a pas !, ça n'existe pas, on ne peut pas s'entendre avec tout le monde. Pour moi il n'y a pas de situation idéale. Si on idéalise au maximum, ce serait la collaboration à fond ! Un échange d'informations à 100 % mutuel, on saurait tout ce que fait l'autre et pourquoi, qu'il soit au courant de nos préoccupations et nous des siennes, en gros du travail d'équipe. C'est communiquer !!*

IADE n°4 : « *C'est que premièrement chacun soit plus recentré sur le patient et non pas sur les tâches extérieures au patient. Par exemple ce n'est pas normal que les IBODE commencent à nettoyer la salle avant la sortie du patient. Il faut être ensemble. En plus il y a de plus en plus d'administratif au bloc, et donc on est de moins en moins près du patient.* »

IBODE n°1 : « *Ce serait l'entraide !* »

IBODE n°2 : « *En tant qu'ibode, je serais contente de pouvoir poser des perfusions, ventiler, ce qui impliquerait que l'on soit plus nombreux pour qu'il n'y ait pas de rupture dans le temps, dans le glissement de l'intervention. C'est le côté technique qui me manque. Donc un partage des tâches.* »

IBODE n°3 : « *Ce serait de créer un partenariat, de faire tomber le rideau entre l'équipe d'anesthésie et de chirurgie, d'être plus tous ensemble. D'avoir des connaissances plus transversales, j'aimerais connaître un peu plus de choses en ce qui concerne l'anesthésie. Pour pouvoir repérer des choses qui m'échappent aujourd'hui. On pourrait créer une nouvelle sorte de qualité.*

IBODE n°4 : « *De mieux communiquer, et donc de mieux comprendre les désirs de l'autre, il y aurait moins de conflits c'est sûr !* »

c) Connaissances et attentes vis à vis de l'autre spécialisation

Question n°10

**Connaissez-vous le rôle et les responsabilités d'une IBODE (pour les IADE) ou d'une IADE (pour les IBODE) ?**

IADE n°1 : « *Je ne connais que leur responsabilité par rapport à l'installation, car c'est un point que l'on a en commun mais par rapport à d'autres choses, non.* »

IADE n°2 : « *Non pas vraiment, je pense, l'accueil, l'installation, et puis c'est tout, le reste je ne sais pas.* »

IADE n°3 : « *Non, pas du tout.* »

IADE n°4 : « *Dans le détail, non. Je ne connais que ce que l'on a en commun, c'est à dire l'installation, la sortie du patient.* »

IBODE n°1 : « *Le rôle, oui, les responsabilités j'en suis moins convaincu. Le rôle d'une IADE c'est comme le pilotage d'un avion. Au décollage et à l'atterrissage l'IADE est encadré(e) par le médecin anesthésiste. Elle doit assurer le vol pour qu'il se passe le mieux possible. Après les responsabilités, non, je ne sais pas.* »

IBODE n°2 : « *Je ne les connais pas précisément. Elle est responsable du patient comme nous. Elle travaille sous la responsabilité du médecin anesthésiste, elle est responsable de ses actes, de ce qu'elle injecte, plus précisément je ne peux pas le dire.* »

IBODE n°3 : « *Pas dans les détails, non.* »

IBODE n°4 : « Non vraiment pas ! »

Question n°11

**Qu'attendez-vous d'un IADE (pour les IBODE), d'un IBODE (pour les IADE) ?**

IADE n°1 : « On n'a pas beaucoup de thèmes de travail en commun, à part l'installation, le confort du patient, donc pas grand chose, c'est deux secteurs différents. »

IADE n°2 : « Qu'il soit présent du début à la fin de l'intervention, dans un seul but : améliorer la prise en charge du patient. La conséquence de cette non collaboration c'est l'augmentation du temps entre la fin de l'intervention et l'acheminement en salle de réveil, pour les IADE c'est plus difficile de gérer le réveil, le patient risque de se réveiller dans le couloir. »

IADE n°3 : « Qu'il fasse tout pour que l'intervention dure le moins longtemps possible, qu'il soit opérationnel et rapide. L'efficacité c'est un gain de temps et une anesthésie plus courte pour le patient. »

IADE n°4 : « D'abord du respect, pas de rivalité, pas de clivage. Qu'il y ait du partage malgré les tâches spécifiques de chacun. Par exemple, entre le médecin anesthésiste et l'IADE, il existe une étroite collaboration, en binôme, alors que dans le rapport IADE-IBODE il y a toujours une sorte de rivalité. J'ai vu des accidents car l'équipe d'IBODE était sortie de la salle ! »

IBODE n°1 : « J'attends que la prise en charge du patient soit assurée dans toute sa globalité. De la communication, de l'entraide, une collaboration. »

IBODE n°2 : « Qu'il réponde à mes besoins, mes besoins qui sont ceux du patient. Qu'il soit près du patient, qu'il le reconforte, qu'il se soucie de son bien être. Pour le patient c'est important que l'on s'entende bien, ça le sécurise. »

IBODE n°3 : « Une étroite collaboration, que l'on puisse facilement l'un et l'autre s'échanger des infos. Et aussi un partage des connaissances, j'aimerais connaître plus de choses en anesthésie réa. »

IBODE n°4 : « De la communication, du partage, que l'on puisse travailler, parler ensemble dans une ambiance sereine sans rivalité. »

## 7. l'analyse des résultats

### a) La prise en charge du patient

#### Question n°1

La question n°1 porte sur la vision qu'ont les soignants de la prise en charge d'un patient, celle-ci reste dans les strictes limites du bloc opératoire, de son entrée au sas d'accueil jusqu'à sa sortie de salle de réveil. Autrement dit, ils connaissent le patient, uniquement, par sa pathologie, son identité, son âge.

Ces soignants insistent sur une prise en charge « globale » ou de « A à Z » du patient. Avec un temps fort : l'accueil.

Les mots souvent employés sont sécurité et qualité, reflétant une volonté collective du travail bien fait. Cette rigueur de travail est très souvent associée à un désir d'harmonie entre les différents acteurs.

Ce qui lie ces professionnels, c'est entre autres le regard empathique porté sur le patient. Chacun contribue à la prise en charge, ceci de façon rigoureuse et sécuritaire. Ils ont en commun également cette volonté de cohésion.

Et d'ailleurs, lorsque l'on analyse ces entretiens, à la place de trouver une identité de groupe par catégorie, comme on aurait pu l'imaginer en regard des spécialités des fonctions, on est davantage dans un groupe de professionnels qui entourent le patient. En effet, le groupe d'appartenance est constitué ici par tous les professionnels présents en salle d'opération. Le « on » est souvent utilisé, donc cela ne reflète pas une identité professionnelle cloisonnée, mais plutôt une entité autour d'un but commun représenté par le patient.

## Question n°2

Ils agissent ensemble mais la question n°2 sur leur positionnement dans l'équipe met en évidence une répartition des rôles bien définie : « chacun sa tâche ». Cette division du travail apparaît chez tous les professionnels avec un esprit de respect mutuel. Leur territoire professionnel est délimité mais il existe des zones limitrophes, des zones de partage, comme l'accueil, dans lesquelles ils pourraient établir une relation de confiance.

On retrouve ici les notions de travail d'équipe développées dans la première partie. En effet, le professeur Robert Lafon parle d'une « inter dépendance consentie où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique... »<sup>4</sup>. Les IADE et les IBODE ont chacun un rôle qui leur est propre, qu'ils enrichissent lors de leur collaboration.

Toutefois, un soignant précise qu'il existe des zones de « no man's land » entre ces deux catégories de professionnels.

Cela pourrait sous entendre que l'existence de ces zones, pourraient mettre à mal le travail d'équipe. Car si l'on relit la définition de Monello et Elton Mayo : « le travail en équipe regroupe des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres »<sup>5</sup>. Le fait qu'il y ait « des espaces vides » verbalisés par l'IBODE n°3, est un frein à la complémentarité indispensable à la réalisation de l'objectif commun, la prise en charge du patient.

Dans le cas où ces zones de partage ne sont pas complètement mises à profit, quelle en est la véritable raison ?

## Question n°3

Ils ont donc une finalité commune : la qualité de la prise en charge du patient. Mais lorsque l'on pose la question n°3 : rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de votre profession ?, la majorité a une réponse affirmative.

---

<sup>2</sup> 4. Le travail en équipe-Roger Mucchielli, page 6-formation permanente en science humaine

5. Le travail en équipe-Roger Mucchielli, page 9-formation permanente en science humaine

Ces difficultés sont pour la plupart liées au travail d'équipe, plus précisément le manque de travail en équipe. En effet, un soignant parle d'abandon, un autre s'est fait « éjecter ». Ces termes qui parlent d'isolement, sont contradictoires face aux propos tenus par tous les professionnels dans la question n°1, mais confirme les propos de l'IBODE n°3. Il semble que des fossés se soient créés entre ces deux catégories de professionnels. Fossés qui troublent le bon équilibre des équipes.

Ces sensations d'abandon sont spécifiques aux IADE. Les IBODE, eux parlent de difficulté à pénétrer dans l'univers des IADE. Si on examine ces réactions, on peut supposer un manque total de communication. En effet les IBODE se sentant exclus du « monde de l'IADE » fuient alors ce périmètre, l'IADE se retrouve alors seul face au patient mais aussi face à lui-même.

Ces soignants travaillent ensemble et paradoxalement sur des chemins parallèles, malgré ce désir de cohésion exprimé dans la question n°1. D'où cette difficulté dans l'exercice de leur profession ressentie par la majorité.

## b) Le travail d'équipe

### Question n°4

A partir des éléments de réponses apportés par les professionnels eux-mêmes, le travail d'équipe réunit un ensemble de composantes. Il s'agit pour eux de :

- se comprendre
- avoir les mêmes objectifs
- procéder à un échange
- communiquer
- s'entraider
- trouver un climat propice aux échanges
- obtenir la confiance
- travailler dans la sérénité

Tous se rejoignent pour dire que le travail d'équipe passe par une relation avec les autres, par la communication !

On retrouve ici les notions littéraires auxquelles j'ai fait référence dans mon cadre conceptuel : la communication, la collaboration et donc une notion d'action collective.

Cette communication mise en avant par les professionnels, dans leurs définitions du travail en équipe, devrait être présente dans leur pratique quotidienne. Mais la question n°3 prouve le contraire. En effet, elle montre une réelle difficulté pour les professionnels de travailler en équipe.

#### Question n°5

Dans la question n°5, le travail d'équipe est pour tous « essentiel », « capital », « important ». Il est l'élément indispensable à une meilleure prise en charge du patient, c'est un gage de qualité.

Malgré les problèmes de cohésion mis en évidence précédemment, la notion de travail d'équipe reste pour eux une chose indiscutable, il doit être présent !!

Cette volonté de travailler ensemble, permet d'envisager une solution au problème, car cela montre une ouverture d'esprit des soignants, un désir d'aller de l'avant pour le bien-être du patient.

#### Question n°6

Ces professionnels sont, d'après eux, tous dans cette démarche volontaire de communication.

Tous sans exception affirment travailler en équipe. Mais les réponses à la question n°3 contredisent ces résultats. Elle met en évidence des difficultés pour ces professionnels à travailler ensemble, dont la raison serait le manque de communication.

C'est encore la preuve que les soignants restent dans une démarche positive. Reste à trouver le vecteur qui permettra à ces soignants de « mettre en commun ».

#### Question n°7

Et pour tous l'enjeu c'est une prise en charge la plus optimum possible du patient. La sécurité du patient est également souvent mentionnée.

Ils se tournent tous vers un même but. Cette notion d'objectif commun est mentionné par le Professeur Lafon « il n'y a pas d'équipe sans orientation de tous vers un but, avec une succession d'actions qui sont la raison d'être de l'équipe ».<sup>6</sup>

Encore un point positif, afin de permettre une amélioration des relations entre ces deux catégories de professionnels, ils travaillent dans la même direction.

Si l'on résume, pour ces professionnels, le travail en équipe est essentiel, et passe par la communication. Ces conditions sont indispensables à une prise en charge de qualité et sécuritaire du patient.

Mais ces entretiens mettent en évidence des difficultés à travailler ensemble. La communication paraît absente. De ce fait, la qualité de la prise en charge du patient et sa sécurité semblent mises en danger.

#### Question n°8

Cette question sur la présence ou non de partage des tâches et des connaissances confirme ce manque de communication.

Sept professionnels sur huit ne perçoivent pas cet échange. Il s'agit pourtant bien là de communication. Ils se disent tous acteurs dans cette démarche de mise en commun, qui apparemment n'existe pas.

On met en évidence ici, la présence d'une volonté très forte de collaboration, qui n'est pas assouvie.

Pourquoi y a-t-il un fossé entre ce que veulent les professionnels et ce qu'ils réalisent réellement au quotidien ?

#### Question n°9

Cette contradiction entre la volonté des soignants et la réalité sur le terrain est confirmée par la question n°9 : Quelle est pour eux la situation idéale ?

Indirectement, en répondant à cette question, Ils déplorent pour la plupart, ce manque de relations, de communication, d'entraide, de sérénité, « il faudrait faire tomber le rideau ».

---

6. Le travail en équipe-Roger Mucchielli, page 7-formation permanente en science humaine

La volonté d'aller vers l'autre, d'échanger, de faire tomber les barrières, de croiser les chemins, est présente chez tous les soignants. Pourquoi ne fait-elle pas place aux actes ?

Que manque-t-il à ces professionnels pour aller de l'avant et se fédérer ?

### c) Connaissances et attentes vis à vis de l'autre spécialisation

#### Question n°10

La dernière partie de l'entretien concerne les connaissances des rôles et des responsabilités de chacun.

Et c'est peut-être là une des clefs au problème. En effet, à travers la question n°10 on met en évidence qu'aucun professionnel ne connaît réellement le travail de l'autre. Lorsque l'on ignore ce que fait l'autre et dans quel but, on ne peut vraisemblablement pas le comprendre et travailler à ses côtés.

Comment repérer les zones de travail communes, ces zones de partage, quand on ne connaît déjà pas l'activité de chacun.

Le développement de l'intelligence collective passe par la connaissance du travail de chacun, il faut que chacun s'intéresse au travail de l'autre.

Comment donner l'envie aux professionnels de s'intéresser au travail de l'autre, leur donner l'envie de partager leurs savoirs ?

La collaboration c'est communiquer, partager, organiser. Comment mettre ces trois paramètres en synergie ?

#### Question n°11

Et lorsque l'on demande aux professionnels, dans la question n°11, leurs attentes vis à vis de leurs collègues, ils désirent en majorité plus de collaboration. Cela confirme bien l'absence réelle de coopération entre ces deux spécialisations, avec malgré tout cette volonté réelle car verbalisée, d'échange, d'entraide, de collaboration...

Les professionnels interrogés n'ont pas été déstabilisés par ces questions, ils n'ont pas eu pour leur grande majorité d'hésitation à répondre. Les réponses ont été rapides et claires. Tous semblaient se sentir très concernés par cette problématique, et ont répondu aux questions avec enthousiasme.

Après cette analyse, on n'a pas pu mettre en évidence de différences majeures entre les réponses des professionnels exerçant dans un centre universitaire et celles émises par les professionnels d'un hôpital périphérique. On aurait pu, en effet, croire que la pluridisciplinarité présente dans ce bloc opératoire, ainsi que des équipes constituées de membres moins nombreux joueraient sur le contenu des réponses. Dans les petites structures, on aurait aussi pu imaginer une ambiance plus familiale et donc plus fédératrice. Mais cet aspect n'a pas été mis en évidence dans ces entretiens.

## **8. Les pistes de réflexion**

Comment peut-on amener ces deux professions à mieux communiquer ?

Qu'est-ce qui pourrait renforcer les liens entre elles ?

Une première piste serait d'étudier les locaux, afin que les professionnels puissent se retrouver pendant les périodes de pauses. Ces lieux existent dans certains établissements mais ce n'est pas une majorité.

Le « travailler ensemble » exige un espace temps commun : la charge émotionnelle des équipes paramédicales est telle, qu'un espace est nécessaire pour qu'ils puissent échanger, se rencontrer. Ces espaces peuvent être des lieux où se développe un important investissement affectif. Le fait de partager des espaces communs permet aux équipes de se connaître, d'échanger et de prendre du plaisir à partager ce temps non consacré au travail. C'est au cours de ce quotidien que peut se construire un collectif. La confiance et la coopération se renforcent avec le temps et notamment avec les épreuves que chacun traverse quotidiennement. Ces temps sont indispensables à la vie d'un groupe.

Une deuxième piste serait de faire participer le cadre du bloc à cette dynamique. En effet, le cadre de santé doit être l'initiateur de la construction d'un collectif. Il devrait accompagner les professionnels dans leur questionnement,

valoriser chacun dans leurs compétences. Le cadre pourrait réfléchir à l'aide de son équipe, à des objectifs communs, organiser des groupes de paroles qui viseraient à se demander ce qui les rassemble, le patient par exemple. Construire un projet commun afin de créer une identité collective, contribuer au développement de celle-ci en initiant une réflexion commune et une recherche d'organisation transversale, c'est à dire ne pas la morceler par secteur.

Ce management pourrait être en parallèle, plus personnalisé. Chaque professionnel serait alors reconnu comme un véritable acteur au sein du bloc opératoire, pouvant s'exprimer, proposer ses idées. Cette prise en charge individualisée de chaque agent pourrait amener celui-ci à plus d'ouverture, plus de spontanéité dans le travail en commun.

Ce concept est sans doute présent dans les blocs opératoires mais n'a pas été mis en avant par les soignants lors des entretiens.

Par l'intermédiaire du cadre de santé, on pourrait envisager la création d'un staff IADE-IBODE, afin d'étudier les dossiers des patients programmés. Ce temps de réflexion commune permettrait de mettre en évidence des risques liés à l'installation, à l'intervention, aux antécédents du patient... Cette démarche permettrait d'anticiper les problèmes éventuels, et donc une meilleure prise en charge du patient.

Une autre piste est à étudier, celle de l'enseignement. En effet, ne pourrait-on pas regrouper des promotions d'IADE et d'IBODE lors de cours qui concerneraient les deux spécialisations, comme par exemple l'accueil du patient au bloc opératoire, les installations, la thermorégulation...

Reprendre les programmes de formation des deux spécialités, identifier les sujets transversaux, et les planifier pour les deux promotions.

Cette démarche pédagogique permettrait de créer un sentiment d'appartenance à un groupe de professionnels travaillant au bloc opératoire, d'empêcher l'identification d'un groupe par catégorie (IADE, IBODE). Cette démarche serait d'autant plus efficace, qu'elle serait mise en place bien avant que naisse chez les professionnels ce sentiment d'appartenance à une catégorie. Ce serait une méthode préventive.

Cette idée de fusion des écoles pourrait être soumise aux associations telles que l'UNAIBODE (Union Nationale des Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'Etat) et la SOFIA (Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes).

## CONCLUSION

Le bloc opératoire demeure un environnement de travail assez particulier, aseptisé, clos, empreint à la technologie. C'est dans ce contexte qu'évoluent différents professionnels, notamment les IADE et les IBODE. Ce sont des infirmiers qui ont décidé de changer d'orientation, et donc d'adhérer à une nouvelle identité professionnelle. Ces professionnels exercent sur un même lieu géographique pour un même patient : tout devrait les réunir. Malgré tout j'ai réalisé grâce à ce travail qu'il existe un manque de communication entre ces deux spécialisations.

Ce manque de communication pourrait être en partie résolu par les différentes pistes de réflexion émises dans la dernière partie de mon travail, comme un enseignement transversal, des espaces temps communs, des groupes de paroles....

Mais on pourrait explorer la réflexion sous un angle sociologique. Tout travail acquiert du sens par la reconnaissance que les autres y donnent, des questions se posent alors :

Les représentations sociales ont-elles un impact sur l'exercice de la profession des IADE et des IBODE et sur la vision qu'ils ont de leur rôle ?

La représentation sociale du rôle de l'IADE et de l'IBODE est-elle une entrave à la communication ?

## BIBLIOGRAPHIE

### Dictionnaires

- « Le Robert ». Paris : éditions France Loisirs : 2002,
- Dictionnaire des synonymes. 2<sup>e</sup> édition. Montréal : Larousse/VUEF, 2001,

### Ouvrages consultés

- HOET, T . *Le bloc opératoire contemporain : conception, réalisation, utilisation*, Guyot : 1988. 440 p.
- MUCCHIELLI, R. *Le travail en équipe*, 9<sup>e</sup> édition. Issy-les-moulineaux : ESF éditeur-2003. 173 p.

### Mémoire

- DELOS/LEVACHER Régine. *Binôme IDE/AS, mythe ou réalité*, mémoire cadre : Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, 1999-2000, 73. p,

### Revue

- ACKEF, F. *Travailler ensemble*, Soins cadres, février 2004. N°49. p : 22-25,
- BOILON, M, REVAULT, N., *IBODE et IADE, des infirmier(e)s qui collaborent au bénéfice de l'opéré*, Interbloc, mars 2007. N°1-Tome XXVI, p 39-44,
- CHANLAT, J.F. *Quelles sont les conditions de la production commune dans les organisations ?* Soins Cadres, février 2004. N°49. p : 18-21,
- CHAPALAIN, E, *La représentation sociale du rôle de l'infirmière anesthésiste, une entrave à la communication*, Oxymag, juillet/août 2008, N°101, p 9-11,
- VEGA, A., *Pauses et pots à l'hôpital : une nécessité vitale*, Management, septembre 2001, N°7. p 38-41.

### Internet

- <http://www.wikipédia.org> , *La communication*
- LABBE. P, *Ah ! Que le conflit est joli !...ou situation conflictuelle dans les blocs opératoires*, mars 1998, disponible sur Internet : <http://www.IBOptic.com>,
- BASSEZ, A, *Histoire des IADE*, avril 2008, disponible sur Internet : <http://www.sofia.medicalistes.org>,
- Recommandations de la sfar concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste : <http://www.sfar.org/recomiade.html>.

### Textes officiels

- Circulaire du 29 novembre 1961 concernant le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste,
- Décret N°71-388 du 21 mai 1971 portant sur la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération,

- Décret N°88-902 du 30 août 1988 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier,
- Décret N°92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret N°71-388 du 21 mai 1971 portant sur la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération,
- Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire,
- Décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique : article R.4311-11, livre III, relatif à la réglementation de l'exercice professionnel des infirmiers anesthésistes et article R.4311-12, livre III, relatif à la réglementation de l'exercice professionnel des infirmiers de bloc opératoire.

## LISTE DES ABREVIATIONS

**IADE** Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

**IBODE** Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

# ANNEXES