

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHU DE MONTPELLIER**

« IADE et limites »

comment l'infirmier anesthésiste discerne les limites de sa fonction en l'absence de prescriptions ?



TALAND Simon

PROMOTION 2007 /2009

ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES CHU DE MONTPELLIER

« IADE et limites »

Comment l'infirmier anesthésiste discerne les limites de sa fonction en l'absence de prescriptions ?



TALAND Simon

PROMOTION 2007 /2009

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	5
1 - PROBLEMATIQUE.....	6
1-1 SITUATION D'APPEL.....	6
1-2 QUESTIONNEMENT DE DEPART.....	7
1-3 DES QUESTIONS DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE.....	8
1-3-1 Définitions	8
1-3-2 Cadre réglementaire.....	9
1-3-3 Observations de terrain, enquête sur les pratiques déclarées des IADE	12
1-3-4 Discussions / Entretiens avec les acteurs de l'anesthésie.....	13
1-3-5 Le point de vue de la société savante	16
1-3-6 Les apports de la formation préparant au diplôme d'infirmier anesthésiste.....	17
1-3-7 Constatations, principe de réalité.....	18
1-3-8 Question de recherche.....	19
2 - MODELE D'ANALYSE.....	20
2-1 CADRE CONTEXTUEL.....	20
2-1-1 Évolution de la profession d'infirmier anesthésiste.....	20
2-1-2 Transfert des tâches et de compétences.....	24
2-1-3 Monographie d'un « métier sensible » de la fonction publique hospitalière.....	27
2-2 CADRE CONCEPTUEL.....	29
2-2-1 Sociologie des organisations.....	29
2-2-2 Concepts de zone d'incertitude et Pouvoir.....	30
2-2-3 Sous-questions de recherche :.....	32
3 - ENQUÊTE.....	33
3-1 METHODOLOGIE.....	33
3-1-1 Choix de l'outil.....	33
3-1-2 Choix de la population.....	33
3-1-3 Réalisation des entretiens.....	34
3-1-4 Traitement des données.....	34
3-1-5 Les limites de l'enquête.....	34
3-2 ANALYSE.....	34
3-2-1 Ressources utilisées par les IADE pour se positionner sans prescription.....	34
3-2-2 Ressources maîtrisées par l'IADE par rapport au MAR.....	36
3-2-3 Atouts mis en œuvre par les IADE pour l'obtention d'une autonomie professionnelle.....	37
3-2-4 Interactions et stratégies mises en œuvre par les professionnels	38
3-2-5 Facteurs déterminants les zones d'autonomie laissées par les MAR aux IADE.....	39
4- CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
ANNEXE I : Feuilles d'anesthésie	44
ANNEXE II : Guide d'Entretien N°1 : IADE.....	45
ANNEXE III : Guide d'Entretien N°2 : MAR.....	47
ANNEXE IV : Liste des Entretiens Réalisés.....	48
ANNEXE V : Analyse de Contenu Thématique.....	50
ANNEXE V : Fiche métier	61

Illustrations :

Titre et page 20 : jeu du « Mille bornes » Éditions Dujardin

Page 33 : « Barrière Vauban » Julien Saglio <http://juliensaglio.free.fr/projets/index.php?Design-urbain>

GLOSSAIRE

AG :	Anesthésie Générale
ALR :	Anesthésie Loco-Régionale
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
ENSP :	École Nationale de Santé Publique
HAS :	Haute Autorité de Santé
IADÉ :	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État
IDE :	Infirmier diplômé d'État
MAR :	Médecin Anesthésiste-Réanimateur
ONDPS :	Observatoire National Des Professions de Santé
PH :	Praticien Hospitalier
PU :	Professeur des Universités
SSPI :	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

1 - PROBLEMATIQUE

1-1 SITUATION D'APPEL

Infirmier Diplômé d'état durant 5 années j'ai poursuivi mon projet professionnel en me dirigeant vers la carrière d'infirmier anesthésiste diplômé d'état.

Au cours de mon cursus infirmier, j'ai côtoyé la spécialité notamment en chirurgie cardiaque, je pensais connaître le rôle de l'IADE ainsi que les limites de son exercice.

Lors de mon premier stage d'anesthésie qui se déroulait sur un centre hospitalier périphérique d'un CHRU, j'ai tout de suite été étonné par les prérogatives attribuées aux IADE quant à l'induction et à la conduite de l'anesthésie générale au bloc opératoire.

J'avais l'habitude d'un travail sur prescription (hors exercice du rôle propre).

Je fus très étonné de voir l'infirmier anesthésiste prendre l'initiative de certains actes sans que cela n'apparaisse sur un modèle de prescription. Parmi ces prérogatives il y avait par exemple : l'adaptation des posologies des médicaments intraveineux et gaz anesthésiques, parfois leur choix, la pose d'abord vasculaire supplémentaire, la mise en place de monitorages spécifiques, le choix des solutés de remplissage, les choix et modifications des paramètres ventilatoires...

Le fait qu'il n'y avait pas de prescriptions écrite ni de protocole présent m'a vraiment interpellé. Je pensais que, peut-être, le fait d'être sur un site hors CHU, détaché de la pratique encadrée d'un établissement hospitalo-universitaire pouvait expliquer ce fonctionnement.

A mon deuxième stage (au sein d'un bloc de CHU cette fois ci) je fis le même constat.

L'IADE semblait autonome pour une grande partie de la conduite d'une anesthésie.

Je commençais plus tard à comprendre les raisonnements et les analyses de situation qu'utilisaient les IADE dans leur pratique quotidienne. Je continuais toutefois à m'interroger sur la légalité de certains actes et prérogatives déléguées à l'IADE en l'absence de protocole d'anesthésie prescrit.

« Rester dans ses limites »

Rester dans ses limites de compétence, tel est le conseil appuyé que l'on entend souvent à l'entrée de l'école d'IADE.

Certains diront, à tort ou à raison, que certains Infirmiers Anesthésistes se prennent pour de « petits médecins », « de super-infirmiers » ou encore « cowboys ».

C'est une image qui revient souvent dans les taquineries stéréotypées de la filière infirmière.

Je comprenais qu'il ne fallait pas rentrer dans ces travers et qu'il faudrait, durant mes études, m'efforcer de connaître parfaitement mon rôle et les limites de ma future fonction.

1-2 QUESTIONNEMENT DE DEPART

De cette situation d'appel, plusieurs questionnements de départ se sont imposés à ma réflexion :

Comment expliquer l'absence de protocole d'anesthésie prescrit ?

Dans quelles conditions l'infirmier anesthésiste est-il amené à travailler en l'absence de protocole ?

Dans quelles mesures l'infirmier anesthésiste mobilise-t-il ses compétences malgré l'absence de protocole d'anesthésie prescrit ?

Comment l'IADE arrive-t-il à trouver le bon positionnement professionnel nécessaire à sa pratique sans cadre prescrit ?

Afin de tenter de répondre à ces questions, il fût indispensable d'effectuer une recherche approfondie sur ce que l'on entend par protocole d'anesthésie, rappeler le cadre réglementaire et énoncer les points de vue des sociétés savantes et des autorités publiques.

Les observations effectuées lors des stages dans les blocs opératoires et les discussions informelles avec les acteurs de l'anesthésie répondent en partie à ces interrogations et sont livrées dans ce travail exploratoire.

1-3 DES QUESTIONS DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE

1-3-1 Définitions

Je me suis dans un premier temps attelé à chercher les définitions de protocole, protocole de soin, protocole d'anesthésie.

Protocole

Protocole opératoire : Compte rendu écrit de toutes les étapes d'une opération

« Instruction précise et détaillée mentionnant toutes les opérations à effectuer dans un certain ordre ainsi que les principes fondamentaux à respecter pour exécuter une opération, réaliser une expérience. »¹

Protocole de soin

Les protocoles sont considérés comme « des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir » Ils sont constitutifs d'une prescription médicale et, à ce titre, doivent être validés par un médecin.

« Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai [...] et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité »²

« Un protocole de soin est une description des techniques et **procédures** qu'il est convenu d'appliquer dans certaines situations de soin. Il guide l'exécution des prestations et contribue à leur qualité. »³

Protocole d'Anesthésie : Quelle définition ?

Il n'existe aucune ressource précise concernant le protocole d'anesthésie. Aucun document ni recommandation concernant ce qu'il devrait contenir.

L'ouvrage intitulé « MAPAR **Protocoles 2007** »⁴, regroupe l'essentiel des données concernant l'anesthésie, la réanimation, les soins d'urgence et la douleur. Il est rédigé par le Service d'Anesthésie Réanimation du Centre Hospitalier du Kremlin-Bicêtre (Paris). Néanmoins il ne s'agit pas d'un recueil de protocoles de soin en anesthésie dans le sens défini plus haut.

1 *Dictionnaire Larousse.fr*

2 « *Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé* », Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, mai 2002, fiche 3

3 *Dictionnaire des soins infirmiers, 1995*

4 *Mise Au Point en Anesthésie Réanimation Protocoles 2007, 11ème édition*

1-3-2 Cadre réglementaire

Code de la Santé Publique

L'essentiel de la législation concernant la profession d'infirmier anesthésiste est regroupé dans cette quinzaine de ligne⁵ :

*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 a 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 per-opératoire. 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.

En lisant cet article on se rend compte que le travail de l'IADE est très encadré par le MAR et que les actes anesthésiques de l'IADE s'exercent exclusivement en fonction du **protocole** d'anesthésie prescrit par le Médecin Anesthésiste Réanimateur lors des temps pré-opératoires que sont la consultation d'anesthésie et la visite pré-anesthésique.

Analyse juridique sur les protocoles de soins

L'intervention de l'infirmier par application d'un protocole de soins répond à des conditions strictes qui sont notamment précisées dans le décret de compétence des infirmiers de juillet 2004.

Nathalie LELIEVRE, juriste spécialisée dans le domaine de la santé, fait une analyse du travail infirmier sur protocoles de soins, leur validité et leurs conditions d'application⁶.

On retiendra que l'intervention de l'infirmier en application d'un protocole est défini et déterminé par le décret de compétence aux articles suivants :

⁵ Code de la santé publique, Loi n°2004-802 du 29 juillet 2004, article R.4311-12.

⁶ « Les protocoles de soins : validité et conditions d'application » N. LELIEVRE
http://www.infirmier.com/doss/protocoles_soins.php

Article R4311-3 CSP

« [...] Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des **protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers** [...] » ;

Article R 4311-7 CSP

43° [...] Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement. »

Article R. 4311-8 CSP

« [...] L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, **dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.** [...] »

Article R. 4311-14 CSP

[...] En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu **une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.** Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. **Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.** En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. [...] »

De ces différents articles, Nathalie LELIEVRE émet plusieurs commentaires et éclaircissements :

« Il convient de noter que **l'intervention de l'infirmier n'est valable qu'à partir du moment où le protocole répond aux exigences de la loi.** »

Les protocoles de soins doivent répondre aux conditions suivantes :

Ils doivent être :

- * Élaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en œuvre
- * Validés par l'ensemble de l'équipe médicale, par le pharmacien et par le directeur du service des soins infirmiers dans le service
- * Placés dans un classeur identifié
- * Affichés si l'organisation du service s'y prête
- * Évalués et, si nécessaire, réajustés, et, dans ce cas, re-datés et signés
- * Revus obligatoirement au moins une fois par an
- * Re-validés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires et diffusés
- * Datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service
- * Diffusés à l'ensemble du personnel médical et paramédical du service, au directeur d'établissement, au directeur du service de soins infirmiers et au pharmacien hospitalier
- * Remis au nouveau personnel dès son arrivée
- * Accessibles en permanence

Le protocole établi doit annoncer explicitement, d'une part, qu'il peut être mis en œuvre à l'initiative de l'infirmier et, dans ce cas, il doit préciser les critères sur lesquels l'infirmier va fonder sa décision d'intervention et, d'autre part, il doit indiquer précisément les conditions dans lesquelles cette initiative de l'infirmier est autorisée.

« Trois éléments fondamentaux à retenir : Le protocole doit être daté, signé et revu annuellement. A posteriori c'est-à-dire après intervention de l'infirmier selon un protocole il doit être fait mention dans le dossier de soins du recours à un protocole et les modalités de l'intervention. »

A savoir si en l'absence de protocole, l'infirmier peut prendre la responsabilité de mettre en place un traitement, Nathalie LELIEVRE répond ainsi :

« Selon l'Article R. 4311-14 Les dispositions du décret de compétence des infirmiers différencient deux situations :

- *Une situation d'urgence et existence de protocole : l'infirmier intervient selon les modalités convenues et décrites dans le protocole de soins.*
- *Une situation d'urgence et absence de protocole : L'infirmier décide des gestes à pratiquer. Cependant, l'urgence au sens juridique du terme signifie qu'il s'agit d'une situation à un moment donné et surtout qu'il existe une urgence à intervenir pour des raisons vitales pour le patient.*

Hormis l'hypothèse de l'urgence, l'infirmier ne peut pas prendre l'initiative d'un traitement sans prescription médicale.

En conséquence, en l'absence de protocole l'infirmier ne peut pas prendre l'initiative d'un traitement. L'infirmier ne peut intervenir que dans le cadre d'une prescription médicale. D'où l'importance de rédiger des protocoles.

Si l'absence de protocole place l'infirmier dans l'impossibilité d'administrer un traitement en raison de l'absence de prescription médicale (ordonnance et/ou protocole) il pourrait être conclu à une carence fautive dans la prise en charge du médecin responsable du service et/ou du médecin du patient. »

1-3-3 Observations de terrain, enquête sur les pratiques déclarées des IADE

Le Protocole d'anesthésie dans les faits.

Quand on voit la place attribuée au protocole sur une feuille d'anesthésie on ne peut que s'interroger.

En effet, sur la feuille d'anesthésie type⁷ commune à tous les blocs, la place destinée à recevoir ce fameux protocole d'anesthésie correspond à une surface représentant moins de 5% de la feuille d'anesthésie soit un rectangle de 7cm sur 5cm, un espace minuscule.

On peut lire souvent les simples acronymes AG ou ALR. Parfois le nom de certains produits comme un ou deux agents IV d'induction.

Très rarement de prescriptions détaillées, ni le choix d'un anesthésique volatil, d'un mode respiratoire, d'un soluté vecteur intraveineux, de la pose d'abord vasculaire périphérique ou d'un monitoring spécifique...

On retrouve ce constat d'absence de protocole établi dans l'enquête récente effectuée par le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes sur les pratiques professionnelles.⁸

« Le protocole écrit n'est "toujours" présent que dans 9% et l'est "souvent" dans 18% des réponses. Cette pratique n'est donc pas courante et pose un problème au regard des textes réglementaires qui régissent la profession d'infirmier anesthésiste.

(...)La rédaction du protocole devrait s'imposer lorsque le médecin anesthésiste-réanimateur délègue tout ou partie de l'anesthésie et de sa surveillance. L'usage est très différent, mais un infirmier anesthésiste serait en droit de refuser la prise en charge d'un patient en dehors de consignes écrites. »

« Les infirmiers anesthésistes ne font pas de consultation ou de visite préopératoire ; ils ne disposent pas, en général de protocole écrit comme l'exige une réglementation infirmière mal adaptée aux fonctions de l'Iade »

« La prescription:

Les Iade interrogés indiquent qu'il existe peu ou pas de prescriptions écrites ("jamais" 73%).

L'entretien se fait "parfois" et "souvent" sur prescriptions orales dans un tiers des réponses, mais, la plupart du temps, sans aucune prescription (deux tiers des réponses).

Ceci rejoint l'absence de protocole écrit résultant de la consultation d'anesthésie. »

Pourtant la prise en charge anesthésique des patients s'effectue quotidiennement dans les blocs opératoires des hôpitaux publics France et ce dans des conditions de sécurité réputées. Malgré l'absence de protocole d'anesthésie prescrit, des milliers d'anesthésies sont pratiquées chaque année sans que cela semble être un frein à une prise en charge efficiente du patient.

Néanmoins il est troublant de constater que le cadre réglementaire n'est pas respecté et que, de ce fait, les équipes d'anesthésie, et particulièrement l'infirmier anesthésiste, sont, d'une certaine lecture de la loi, dans l'illégalité quotidiennement.

⁷ Voir Annexe 1 : feuille d'anesthésie type

⁸ Enquête SNIA sur les pratiques déclarées des IADE, Oxymag N°63, Avril 2002, « Mieux connaître les IADE »

1-3-4 Discussions / Entretien avec les acteurs de l'anesthésie

En discutant de manière informelle avec les différents acteurs de l'anesthésie rencontrés lors des stages et en parcourant les forums professionnels, j'ai essayé de comprendre ce qu'ils entendaient par protocole d'anesthésie et ce qu'il devrait contenir.

Cet échantillon représente une dizaine d'IADE d'un Centre Hospitalier Universitaire et de 6 Médecins Anesthésistes Réanimateurs exerçant eux aussi dans le secteur public, ainsi que d'autres professionnels déclarés IADE sur des forums professionnels tels que « infirmier.com » et « laryngo.com ».

Il apparaît que le protocole pourrait se réduire au type d'anesthésie (AG ou ALR) et la pharmacologie d'induction et d'entretien (sans les posologies).

Dans certaines spécialités dites à risque (ex: Chirurgie cardiaque, Bloc Pédiatrique...), certaines données supplémentaires peuvent se voir rajoutées comme certains monitorages invasifs particuliers prévus et ce afin que l'IADE puisse préparer le matériel nécessaire à la pose de ce dispositif médical spécifique (ex: PICCO, broncho-cathéter).

On reste loin de la définition même de protocole comme « énoncé détaillé des procédures »

Lorsque l'on demande ce qui pourrait expliquer l'absence de prescription beaucoup d'arguments et d'exemples sont fournis par les acteurs de l'anesthésie, j'essaie ici de retranscrire les grandes raisons évoquées par les professionnels et les commentaires inspirés.

L'auto-prescription médicale

Dans une grande majorité des cas (secteur public), les inductions anesthésiques sont réalisées à 4 mains en présence du binôme médecin anesthésiste réanimateur / infirmier anesthésiste qui collaborent ensemble à l'application des techniques d'anesthésie. Le fait que le MAR soit acteur du soin et non plus uniquement prescripteur, le dispense de s'auto-prescrire les soins à réaliser, l'IADE concourant aux techniques sous le contrôle médical serait englobé dans cette pratique et échapperait par là même à une prescription médicale pour exercer ses fonctions.

Consultation d'anesthésie, Visite pré-anesthésique, Induction : Des médecins différents ?

Le protocole d'anesthésie devrait être établi lors des temps préopératoires que sont la consultation d'anesthésie et la visite pré anesthésique par un médecin anesthésiste réanimateur. En l'absence de volonté ou de possibilité organisationnelle, il est fréquent que ça ne soit pas le même médecin qui effectue les trois grands temps pré-anesthésiques. Ceci semblerait freiner toute forme de prescription. En effet il est difficile d'imaginer un médecin faire des prescriptions à un autre.

Le travail de l'infirmier anesthésiste semble ne pas être pris en considération dans ce mode de fonctionnement.

Le « Bon sens »

Pour la moitié des médecins anesthésistes rencontrés, la prescription systématique de soins et d'actes d'utilisation récurrente, stéréotypés et quotidiens, est perçue comme une perte de temps et un travail fastidieux si l'on veut être exhaustif. Ils considèrent que l'IADE a les connaissances de part sa formation pour adapter les posologies des agents anesthésiques.

Les IADE quand à eux, y verraient pour la plupart, la négation de leur capacité d'analyse de la situation de soin. Ils ne veulent pas voir leur travail devenir plus stéréotypé qu'il ne l'est déjà et préfèrent garder une marge de manœuvre pour exercer. Ils estiment que la formation leur a donné les capacités d'analyse de situation et à déduire les actions qui en découlent.

Il est vrai qu'en pratique il est impossible d'imaginer un IADE appeler un MAR systématiquement pour qu'il lui prescrive un bolus d'hypnotique en cas de réveil per-opératoire, d'éphédrine, l'adaptation d'une MAC d'anesthésique halogéné ou la pose d'une voie veineuse périphérique supplémentaire...

L'anesthésie, une routine ?

La majorité des acteurs de l'anesthésie rencontrés ou lus sur Internet, estiment que dans les blocs opératoires spécialisés, on peut retrouver des interventions chirurgicales récurrentes avec des patients aux terrains spécifiques. La mise en place dans le service de techniques particulières répétées quotidiennement et de choix thérapeutiques standard facilite la préparation de l'anesthésie et sa réalisation.

Ces « Habitudes de service » pourraient facilement donner des protocoles de soin, il suffirait simplement de les retranscrire et de les formuler sous forme de protocole.

Les grandes lignes d'une anesthésie ont une routine éprouvée, et les conférences de consensus d'experts ont élaborés des schémas de prise en charge type auxquelles bien évidemment les MAR ont accès, mais également les IADE. Aussi il n'est pas rare de voir les IADE fraîchement formés à une technique la proposer ensuite en secteur d'anesthésie, jusqu'à ce qu'elle devienne une méthode de référence du service (Ex : AIVOC dans certains blocs opératoires).

La spécialité d'anesthésie réanimation est très active, associations de professionnels de l'anesthésie, sociétés savantes organisent régulièrement des congrès et publient de nombreuses conférences de consensus et recommandations. Des prises en charge type et « conduite à tenir » ainsi que des algorithmes décisionnels sont diffusés pour recycler les pratiques en anesthésie.

Cette information partagée grâce notamment à Internet peut permettre aux professionnels volontaires d'actualiser et d'approfondir leurs connaissances. Cela repose sur une volonté personnelle de se former, ou de l'obligation légale de formation continue des infirmiers.

Le protocole caché derrière la feuille d'anesthésie : Un protocole à déduire ?

A l'arrivée au bloc opératoire, l'IADE prépare la première intervention à l'aide de la feuille d'anesthésie. Il mobilise ses connaissances dans l'analyse des antécédents médicaux chirurgicaux et des données biométriques et biologiques du patient.

De cette analyse il déduit le protocole d'anesthésie, les médicaments de choix en fonction du terrain et de la chirurgie, les monitorages spécifiques au terrain, l'adaptation des posologies en per-opératoire en fonction des stades chirurgicaux et de l'état du patient, les incidents per-opératoires potentiels, les surveillances particulières et le matériel à préparer pour y pallier...

Il apparaît que l'IADE par sa préparation de la salle et de l'intervention propose implicitement un protocole d'anesthésie au Médecin Anesthésiste. Ce dernier en tant que responsable de l'anesthésie dispose ensuite de toute la latitude pour suivre ou non cette proposition de prise en charge.

Reconnait-on à l'IADE cette capacité d'analyse de la situation de soin ?

La fiche métier de l'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation⁹ édité par le ministère de la santé liste les activités et savoirs faire requis pour exercer la profession.

Elle qualifie comme approfondies les connaissances des IADE en anesthésie réanimation et les cote au plus haut niveau (3/3)

Les IADE semblent donc considérés comme « expert » dans leur domaine d'activité par les pouvoirs publics.

Comme savoir-faire requis, il est mentionné que l'Iade doit être apte à :

« Sélectionner et utiliser les informations pertinentes à propos du patient

Identifier, choisir le matériel et les agents anesthésiques et de réanimation adaptés à la technique anesthésique

Réaliser l'induction anesthésique en collaboration avec le médecin anesthésiste et l'assister dans la réalisation de l'acte anesthésiste

Déceler les situations d'urgence, les complications du réveil pour alerter et agir rapidement

Adapter et réguler son comportement aux temps opératoire, et à l'équipe d'intervention

Évaluer et soulager la douleur

Analyser, synthétiser des données utiles et précises »

⁹ « Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière », Fiche métier: « Infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation » http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/

1-3-5 Le point de vue de la société savante

Cette pratique apparaît validée sur le terrain, mais qu'en est-il de l'entité scientifique faisant référence en anesthésie, c'est-à-dire la Société Française d'Anesthésie Réanimation ?

« Le rôle de l'infirmier(e)-anesthésiste diplômé(e) d'Etat est d'assister le médecin anesthésiste-réanimateur dans la pratique de l'anesthésie et dans l'organisation plus générale de cette activité. Ce rôle comprend notamment la vérification, la préparation et l'entretien du matériel d'anesthésie, l'exécution de certains gestes sous la direction du médecin anesthésiste-réanimateur, l'assistance de celui-ci pour l'exécution des gestes techniques qu'il (le MAR) effectue, la surveillance du déroulement de l'anesthésie, ainsi que certaines tâches transversales telles que la matériovigilance. »¹⁰

« La réduction du risque opératoire, dont découlent des choix thérapeutiques, suppose une analyse et un raisonnement physiopathologique que seul le médecin peut assurer de par sa formation et sa compétence spécifiques. »¹¹

La SFAR ne reconnaît donc pas de raisonnement clinique à l'IADE.

La SFAR ne juge pas les IADE compétents pour déduire les risques opératoires et établir un choix thérapeutique même lorsque les thérapeutiques employées sont d'usage courant (voire systématique) et que les risques et surveillances particulières sont connues par l'IADE, du fait même de sa formation.

La profession IADE au regard de la SFAR est plus considérée comme un emploi d'assistant / préparateur, que de soignant dans le domaine de l'anesthésie, bref un technicien au service des MAR.

Il n'est point question ici de revendiquer les consultations d'anesthésie faites par des IADE, le Médecin anesthésiste réanimateur, de part sa formation et ses compétences, est le superviseur nécessaire de l'anesthésie. Mais comment ne pas reconnaître de raisonnement clinique aux IADE alors qu'on leur délègue quotidiennement la conduite de l'anesthésie ?

Pour preuve que cette délégation est réelle, l'enquête sur les pratiques déclarées des IADE effectuée en 2001 par le SNIA donne ces résultats :

« La période per-anesthésique

Les MAR confient très volontiers aux IADE leurs patients pour le déroulement de l'anesthésie, ils sont peu présents en permanence pendant l'intervention : "toujours" dans 1%, "souvent" dans seulement 23% des réponses. Ils sont plus généralement "parfois" présents dans 66% des réponses et "jamais" dans 10%.

On observe la même tendance que pour l'induction ; ce sont les IADE travaillant dans le secteur privé qui répondent que les MAR, pendant cette période, sont peu présents (médecin employeur : "jamais" 33%, "parfois" 55%). Dans les CHU, ils sont un peu plus présents ; cela est sans doute lié à la gravité des patients ; dans les CHG, les MAR sont majoritairement "parfois" présents. »

¹⁰ « Recommandations concernant le rôle de l'IADE », SFAR 1ère édition Janvier 1995,
<http://www.sfar.org/recommiade.html>

¹¹ « Les rôles respectifs des MAR et des IADE dans la conduite de l'anesthésie », SFAR, Février 2001,
<http://www.sfar.org/roleMariade.html>

1-3-6 Les apports de la formation préparant au diplôme d'infirmier anesthésiste

Arrivé au terme de la deuxième année d'école d'IADE, les apports de connaissances théoriques et la pratique de l'anesthésie en secteur opératoire m'ont permis de mieux comprendre le travail de l'IADE, des MAR et de l'équipe chirurgicale.

Les cours dispensés par les médecins anesthésistes nous ouvrent un accès à une meilleure compréhension de l'homéostasie et de ses perturbations, de la pharmacologie usuelle en anesthésie/réanimation/urgence, des « éléments diagnostics » à rechercher ainsi que des « conduites à tenir » en cas d'incident per-opératoires.

Durant les examens de validation de séquence, dans l'épreuve de synthèse, il était demandé en 1ère année aux étudiants de proposer un protocole d'anesthésie après avoir analysé les éléments d'un cas concret. La méthodologie ayant changé, il est demandé à présent d'argumenter le choix du protocole au regard des connaissances dispensées et intégrées.

En stage, la confrontation avec des patients aux terrains multiples, la pratique des techniques et la conduite de l'anesthésie ainsi que le maniement des produits nous ont permis d'acquérir un raisonnement clinique débouchant sur des initiatives jusque là réservées au corps médical.

Les Médecins Anesthésistes partie prenante dans la formation IADE

Le fait que les MAR soient les acteurs principaux de la formation devrait forcer la confiance que cette spécialité médicale met dans la profession IADE.

Outre les cours médicaux qui représentent 50% du volume de cours de l'enseignement dispensé en école d'infirmier anesthésiste, les jurys d'examen sont composés de MAR, les synthèses de validation de séquence sont corrigées par des MAR, les stages sont validés par les MAR ainsi que les Mises en Situation Professionnelle (ce qui en fait la spécialité infirmière ou la validation médicale est la plus importante). Il est à noter que chaque école d'Infirmiers Anesthésistes possède un conseiller scientifique PU-PH en anesthésie Réanimation garant de la qualité de l'enseignement.

1-3-7 Constatations, principe de réalité

L'IADE ne travaille pas (ou que très peu) de manière protocolée.

La pratique quotidienne de l'anesthésie par l'IADE fait appel à la mobilisation de ses connaissances, l'analyse d'une situation de soin et la déduction des initiatives à mettre en œuvre pour la conduite de l'anesthésie, tout en rendant compte à des degrés divers au Médecin anesthésiste.

Le fait que la loi s'appuie sur un fonctionnement protocolé de la profession IADE est-il adapté en sachant que ce mode de travail ne semble que rarement fonctionner ?

Sans vouloir soulever de polémique et confronter les différents acteurs de l'anesthésie, il faut néanmoins reconnaître le poids que fait peser le lobby des médecins anesthésistes sur la profession IADE. La société savante lorsqu'elle émet des recommandations concernant la profession IADE semble défendre des intérêts corporatistes et la décrit comme une profession servile axée essentiellement sur la préparation et le rangement du matériel d'anesthésie.

Bien que ce rôle soit attribué à l'IADE, il ne représente qu'un faible pourcentage de son temps de travail. En effet L'IADE est le professionnel du bloc opératoire qui reste au plus près du patient de son entrée au bloc et ce jusqu'à sa sortie de SSPI.

De ce que j'ai pu voir en chirurgie réglée dans les blocs opératoires des hôpitaux publics durant cette formation, il apparaît que l'essentiel du travail de l'IADE consiste à pratiquer des inductions anesthésiques en collaboration avec le MAR et à assurer l'entretien de la narcose, de l'analgésie, du blocage neuro-musculaire, la surveillance clinique et paraclinique, le maintien hémodynamique et ventilatoire, la réanimation per-opératoire et le réveil. Le médecin anesthésiste-réanimateur intervenant en cas de situation pathologique nécessitant son expertise, son diagnostic et la mise en route de thérapies spécifiques. On est loin du travail de « magasinier-logisticien » décrit par la SFAR.

De ces deux visions extrêmes de la fonction d'infirmier anesthésiste, entre celle d'un professionnel soignant en relative autonomie à la limite de l'exercice illégal de la médecine et celle de l'assistant-technicien asservi, comment l'IADE arrive-t-il à se positionner et à forger son identité professionnelle ? Cette absence de prescriptions n'entraîne-t-elle pas, par le flou qu'elle induit, une zone d'incertitude ?

1-3-8 Question de recherche

Ces questionnements et réflexions m'ont permis d'aboutir à la question de recherche suivante :

Dans quelles conditions l'infirmier anesthésiste discerne-t-il les limites de sa fonction en l'absence de protocole d'anesthésie prescrit ?

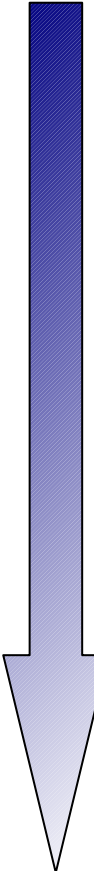


2 - MODELE D'ANALYSE

2-1 CADRE CONTEXTUEL

2-1-1 Évolution de la profession d'infirmier anesthésiste

Bref rappel historique



1947: Les premiers enseignements officiels de l'anesthésie sont dispensés en France, à Paris. Cet enseignement est commun aux médecins et aux infirmiers.

1949: Un enseignement particulier est délivré aux infirmiers. Cette formation est alors sanctionnée par une attestation de fin d'étude.

1960: Création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste sanctionnant une formation de 18 mois.

1962: Reconnaissance de cette formation comme spécialité.

1972: Augmentation de la durée de la formation à 24 mois, pré requis de 3 années d'exercice antérieur.

1988: Création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation. (CAFISAR)

1991: Création du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste et création du corps des IADE.

2002: Publication de l'arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

Évolution des dénominations de la profession

Une profession récente lorsque l'on regarde l'historique. Grâce à l'évolution des dénominations du métier, l'on suppose que cette profession a su faire reconnaître ses compétences et sa spécificité. La profession est passée d' « aide » à « anesthésiste », de « figurant » à « acteur », du moins dans les termes...

Évolution des textes législatifs concernant le rôle de l'IADE

Philip COHEN, Avocat à la Cour et représentant du Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs Français effectue une étude comparative des textes de loi régissant le rôle de l'IADE qui se sont succédés dans les 25 dernières années¹². Je me suis servi de sa démonstration pour éclaircir ici l'évolution législative de la profession.

Au commencement il y avait l'article 5 bis du décret du 17 juillet 1984 qui était ainsi libellé :

*" Seuls les infirmiers titulaires d'un certificat de spécialisation en anesthésie réanimation et les infirmiers admis à suivre à temps plein ou à temps partiel la formation préparant à un tel certificat sont habilités, en présence d'un médecin responsable, pouvant intervenir à tout moment, à **participer** à l'application des techniques suivantes :*

1. Anesthésie générale,
2. Anesthésie loco-régionale, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, les infirmiers ci-dessus mentionnés peuvent pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin. "

Ce texte fût remplacé par L'article 7 du décret du 15 mars 1993 (abrogé) contenant ces termes :

*"L'infirmier anesthésiste diplômé d'État et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à **participer** à l'application des techniques suivantes après que le médecin a examiné les patients et posé l'indication anesthésique :*

- Anesthésie générale ;
- Anesthésie loco-régionale réinjections dans le cas où le dispositif a été mis en place par un médecin,
- Réanimation peropératoire.
-

Dans le décret du 15 mars 1993, la présence du médecin anesthésiste n'était plus expressément exigée, il suffisait désormais qu'il puisse intervenir à tout moment, ce qui supposait qu'il soit évidemment à proximité et qu'il puisse, s'il avait en charge une seconde anesthésie, en déléguer la surveillance également à une personne compétente.

L'article R4311-12 du 29 juillet 2004 (ancien article 10 du décret du 11 février 2002) est désormais applicable. Il est ainsi rédigé :

*"L'infirmier 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 a examiné le patient et établi le protocole, **à appliquer** les techniques suivantes :*

1. Anesthésie générale ;
2. Anesthésie loco-régionale réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur ;
3. Réanimation per opératoire.

12 « Médecins et Infirmiers anesthésiste, ce qui a changé de 1984 à 2002 » Philip COHEN, SNARF, juillet 2003, <http://www.infirmier.com/carr/Iade/mariadechtg.php>

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 deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur post-opératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'État.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État. "

La comparaison de ce texte avec le décret antérieur de 1993 fait ressortir une évolution de texte importante : en effet, l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat n'est plus seulement habilité " à participer à l'application des techniques " mais est aujourd'hui habilité " à appliquer les techniques suivantes... "

Si cette modification de texte ne change rien en ce qui concerne l'anesthésie loco-régionale où seules les réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur sont toujours permises, cela signifie-t-il pour autant que l'infirmier anesthésiste peut procéder seul à une induction anesthésique dans le cadre d'une anesthésie générale ?

Répondre par l'affirmative serait certes conforme à la lettre du texte mais n'est pas du goût de la société savante en anesthésie (SFAR) ainsi que des syndicats médicaux.

L'auteur (employé par le syndicat des MAR français) effectue une analyse certes subjective de cette nouvelle rédaction du décret, mais apporte un éclairage supplémentaire quand à l'état d'esprit actuel de la spécialité médicale face à l'évolution du métier d'IADE.

1er argument : La Sécurité

« En effet, nul n'ignore plus aujourd'hui le caractère crucial que constitue l'induction anesthésique et ses suites immédiates : en cas d'incident, il y a fort à parier que les experts et encore plus les juges ne se contenteront pas de ce seul argument de texte et s'intéresseront surtout aux conditions dans lesquelles est intervenue la délégation de cet acte si important (compétences et expérience de l'infirmier anesthésiste, conditions dans lesquelles l'anesthésiste réanimateur était effectivement en mesure " d'intervenir à tout moment ", c'est-à-dire sans retard dommageable soit quasi immédiatement...). »

2ème argument : La Responsabilité

« Mais cette disposition a surtout pour conséquence et effet de souligner, et donc de renforcer, la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur lorsqu'il délègue une partie des gestes techniques à un IADE :

- Seul lui peut prendre l'initiative de faire appel à l'IADE, c'est une responsabilité exclusive dont il ne pourra jamais s'exonérer totalement en faisant valoir des contraintes extérieures (ex : programmes opératoires surchargés dont on rappellera que depuis le décret du 5 décembre 1994, ils doivent être légalement établis de façon tripartite opérateur-anesthésiste-surveillant de bloc) ;*

- *Seul le médecin anesthésiste réanimateur reste juge de l'étendue de la délégation qu'il confie à l'IADE et surtout des conditions de sécurité qui permettent de la mettre en œuvre effectivement à savoir notamment celle relative à sa capacité " d'intervenir à tout moment"... »*

Selon ce syndicat, le travail de l'IADE, son rôle, ses prérogatives sont donc totalement MAR-dépendants.

« La SFAR a rappelé peu après la publication de ce décret combien l'existence de règles professionnelles médicales demeurerait donc plus que jamais essentielle en faisant référence notamment aux dernières recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes professionnels de santé, publiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en connaissance de cette rédaction du décret, en décembre 2001 et où l'on peut lire notamment :

" Un certain nombre de responsabilités demeure du ressort exclusif du médecin anesthésiste réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste, telles que :

- *La consultation pré anesthésique, qui est de la compétence de l'anesthésiste réanimateur même si celui-ci peut s'entourer d'autres avis spécialisés (cardiologue, pneumologue...)* ;
- *La prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance ;*
- *Le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie loco-régionale (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, anesthésie locale intraveineuse) ;*
- *La prescription de médicaments ou de transfusions rendus nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie ;*
- *La mise en œuvre de techniques invasives (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz) ;*
- *La prescription de soins à des examens post opératoires ;*
- *La décision de sortie de la salle de surveillance post interventionnelle ". »*

3ème argument: L'information du patient

« Par ailleurs, la délégation de l'induction anesthésique à l'IADE ne fera-t-elle pas poser, en dehors même de toute faute technique, la question de l'information du patient ? Peut-on exclure que ce dernier se plaigne de ne pas en avoir été informé préalablement ? »

4ème argument : « le nerf de la guerre »

« Au-delà de cette lecture " médico-légale ", de l'article 10 du décret du 11 février 2002, il serait bien entendu dommageable que la tentation d'une application sans discernement voir systématique de la délégation à l'infirmier anesthésiste de l'induction anesthésique ne suscite une nouvelle tentative des Caisses de Sécurité Sociale de contester le paiement même de l'acte d'anesthésie aux médecins anesthésistes réanimateurs...

2-1-2 Transfert des tâches et de compétences

Ce projet initié depuis 2003 semble pertinent dans le cadre contextuel de ce travail de recherche

Bref rappel Historique du Projet:

- **Novembre 2002** : le Doyen Y. BERLAND remet un rapport au ministre de la santé , de la famille et des personnes handicapées concernant l'évolution démographique des professionnels de santé. Il y présente dix propositions sur l'organisation des soins et les coopérations possibles entre professionnels de santé.
- **Mars 2003** : le ministre de la santé confie au Pr. BERLAND la mission de mener une analyse approfondie des expériences mises en place en France pour pallier aux difficultés locales et des coopérations qui pourraient être organisées.
- **Juillet 2003** : le Pr. BERLAND publie son rapport « Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences ».
- **Décembre 2003** : treize expérimentations sont retenues par les professionnels concernés à l'issue d'une rencontre au ministère de la Santé. Elles concernent diverses spécialités : la cardiologie (Échographie cardiaque), la néphrologie (suivi des dialyses), la diabétologie (consultation diététique), l'oncologie (infirmière clinicienne et dosimétriste), l'imagerie médicale (Échographie, traitement de l'image), la gastro-entérologie (infirmière clinicienne), l'ophtalmologie (collaboration avec orthoptistes), la médecine générale (offre de nouveaux services) et le transport sanitaire.
- **Janvier 2004** : pour que ces expériences ne relèvent pas de l'exercice illégal de la médecine, le ministre de la santé a ajouté l'article 131 lors de la discussion sur la loi de santé publique au Sénat. Il comprend six domaines d'expérimentation. L'expérience au SAMU-SMUR de Toulon est retirée par la suite.
- **Juillet 2006** : l'Observatoire National Des Professions de Santé conclut que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins ».

La Haute Autorité de Santé (HAS) est chargée par le ministre de la santé et des solidarités d'établir une recommandation sur la coopération entre professionnels de santé. La démarche expérimentale est prolongée jusqu'en 2007, elle a pour objectif d'évaluer, au-delà de leur faisabilité, l'impact de ces nouvelles formes d'organisation sur le système de santé. Elle est menée par un comité de pilotage regroupant des membres de la HAS et de l'ONDPS ; un conseil scientifique est garant de la rigueur de la démarche d'évaluation.

La HAS publie un rapport préparatoire « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » dans lequel est dressé un État des lieux des formations, des perspectives d'évolution et de l'interaction des professions de santé.

- **Décembre 2007** : Le rapport sur les « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » est publié.

La H.A.S publie un rapport d'étape « Délégation, transfert, nouveaux métiers...Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » et lance une consultation publique sur ce projet. La consultation et la mise en débat des orientations, proposées dans le projet, constituent la dernière Étape de l'élaboration de la recommandation sur les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. En invitant tous les professionnels et tous ceux qui se sentent concernés par le développement des nouvelles formes de coopération à s'exprimer sur ce projet, la HAS souhaite mettre en œuvre une démarche de réflexion concertée permettant de recueillir avec transparence les avis et attentes de l'ensemble des acteurs.

• **Avril 2008** : la HAS publie « Délégations, transferts, nouveaux métiers....Comment favoriser des formes nouvelles de coopérations entre professionnels de la santé? »

L'IADE et pratique de l'anesthésie dans ces textes

Dans le premier Rapport d'étape du Pr. Yvon BERLAND édité en octobre 2003 ¹³, l'auteur dresse le constat actuel de la spécialité et son évolution probable.

« Les besoins en anesthésie sont importants dans une société tournée vers le tout sécuritaire. Ces besoins concernent les activités de soins (l'évaluation pré-opératoire, le suivi per opératoire et post-opératoire immédiat) mais également les activités de conseil dans différents comités : CLIN, Sécurité Transfusionnelle, Douleurs etc. ... »

On y apprend que les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) étaient 9926 au 1 janvier 2002, et qu'ils subiront une diminution de l'ordre de 35% d'ici 2020.

« Aussi la question est posée de savoir si les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) pourraient se voir transférer une partie des compétences des MAR. »

Aussi bien les représentants des MAR (la SFAR) que ceux des IADE auditionnés par le Pr. BERLAND ne souhaitent pas un élargissement de compétences des IADE. Ces derniers ont le souci de garder une collaboration étroite avec les MAR et considèrent que leur décret de compétences sont clairs et définissent bien le champ de leurs attributions.

Par ailleurs les IADE ne sont pas disposés à être sous l'autorité et la responsabilité d'autres médecins que les MAR. Les MAR et les IADE considèrent qu'une meilleure organisation des blocs d'intervention permettrait de libérer plus de temps médical que pourrait le faire un transfert de compétences.

Les MAR toutefois évoquent la possibilité d'aller vers un fonctionnement qui conduirait à ce que un MAR soit responsable de deux salles d'opération en même temps, dans la mesure où un IADE serait présent dans chacune des salles.

La délégation de compétences en dehors des blocs opératoires dans le cas du transport secondaire ou primaire est une activité qui demande selon les MAR et les IADE une évaluation sérieuse.

¹³ Mission «Coopération des professions de santé : le transfert de taches et de compétences », BERLAND. Y., Oct. 2003 <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf>

Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé

La HAS s'est intéressée aux pratiques de coopération existantes, non reconnues, entre médecins et paramédicaux, auxquelles faisait déjà référence le Professeur BERLAND dans son premier rapport.

« Il apparaît nécessaire de tirer enseignement de telles pratiques de terrain, mises en place par les professionnels médicaux et les équipes soignantes, tant en ville qu'à l'hôpital, et de façon plus ou moins formelle. »

Afin d'ouvrir un espace à la consultation publique pour recueillir ces expériences de terrain, un questionnaire intitulé « Appel à expériences » a été mis en ligne le 28 mai 2007 sur le site de la HAS. Il a permis de récolter des témoignages exploitables concernant les « nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ».

Concernant les IADE et la pratique de l'anesthésie dans cette enquête¹⁴ il nous est livré ce constat :

« Il semble exister à l'hôpital des déplacements de frontières entre anesthésistes et IADE, et entre chirurgiens et IBODE. Ces coopérations s'insèrent dans le contexte particulier du bloc opératoire, caractérisé par son relatif isolement à l'intérieur des établissements hospitaliers. »

Un questionnaire notamment témoigne d'une coopération entre un médecin anesthésiste et une IADE, datant de 2000. Le médecin, qui a complété le questionnaire, délègue à l'infirmière la possibilité de traiter la douleur postopératoire en salle de surveillance post-interventionnelle au moyen d'antalgiques, sans prescription médicale. L'infirmière est amenée, dans sa pratique quotidienne, à modifier et à adapter les prescriptions des médecins anesthésistes, concernant la douleur postopératoire dans les services chirurgicaux.

Près de 80 % des 218 répondants ont évoqué, souvent très précisément, des activités qui pourraient être confiées à d'autres professionnels de santé ayant suivi une formation adaptée. Parmi les opportunités de développement le plus souvent évoquées dans ces réponses, on peut citer : (...) en anesthésie, la prise en charge des patients ASA1 par les IADE, la réalisation d'anesthésies locorégionales ou encore la pose des voies veineuses centrales.¹⁵

14 « Les pratiques actuelles de coopération : Analyse des témoignages des professionnels de santé » HAS, Décembre 2007, p. 23

http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_pratiques_actuelles.pdf

15 « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé » HAS en collaboration avec l'ONDPS, Avril 2008, p.57, http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf

2-1-3 Monographie d'un « métier sensible » de la fonction publique hospitalière

L'«**étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière**»¹⁶ publiée en 2007 par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS), a pour finalité d'être un outil d'aide à la décision pour l'ensemble des acteurs de santé.

L'analyse de ce document dans le cadre contextuel est importante car il anticipe les probables changements que la profession connaîtra dans le futur. Il donne notamment les derniers chiffres concernant la démographie de la profession infirmière.

Cette étude a pour ambition, selon les auteurs, d'éclairer les professionnels dans leur choix, qu'il s'agisse des orientations stratégiques d'un établissement ou de l'élaboration d'un projet professionnel.

Le document final se présente en deux tomes, le premier comprend les facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations ; le deuxième étudie dix monographies sur les métiers et groupes métiers de la fonction publique hospitalière, dits sensibles, c'est-à-dire jugés comme les plus impactés par les évolutions à venir.

C'est dans ce deuxième tome que l'on retrouve des éléments du contexte actuel et futur de la profession IADE.

L'évolution de l'activité des IADE

Dans cette étude nous apprenons que la technologie médicale en matière d'anesthésie et de surveillance est en évolution, mais que les pratiques de soins ne changent pas vraiment. Le cadre d'exercice de l'IADE est en outre fortement réglementé.

« Ce qui va de fait modifier l'activité est l'impact de la démographie médicale des médecins anesthésistes, qui conduira à la généralisation des situations où le médecin supervise plusieurs salles en déléguant la surveillance et des actes aux IADE. »

Le déploiement du système d'informations dans la sphère clinique concerne les IADE au même titre que les autres infirmier(e)s.

Les activités de pratiques avancées pour les infirmier(e)s spécialisé(e)s

Les infirmier(e)s spécialisé(e)s ont des pratiques avancées en rôle propre ou par délégation médicale qui vont aller en augmentation dans les années à venir et qui devraient justifier reconnaissance et formation (et donc qualification). L'étude cite pour illustration :

« IADE : supervision des infirmières dans les salles de réanimation. »

16 « *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière* » Tome 1 et 2, Monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles, ENSP, 2007,

http://www.sante-gouv.fr/htm/dossiers/fonction_publ_hosp/edutes_prospectives/tome2.pdf

Les besoins spécifiques en formation initiale et continue pour les IADE

« Pour les IADE, une formation approfondie aux nouveaux matériels est nécessaire pour leur permettre d'exercer au mieux leur responsabilité de matériovigilance selon cette étude.
Les IADE ont également des besoins de formation continue en informatique (matériel et logiciel). »

Indication d'évolution quantitative de l'effectif IADE en France

Selon les données démographiques de l'Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière de mars 2003 par rapport aux effectifs de 1999, les départs devraient être jusqu'en 2014 :
IADE - 49 % (- 3 147), pic à partir de 2014 ;

Vers une nouvelle fiche métier pour les IADE

Voici le tableau que cette étude propose comme objectif dans l'élaboration d'une nouvelle fiche métier de la profession d'IADE.

Domaines	Savoir-faire clé	Importance actuelle	Importance future
Pratique des Soins	Élaborer un diagnostic sur une situation clinique	=	=
	Évaluer et soulager la douleur des patients	++	++
	Développer la manipulation des technologies médicales en matière d'anesthésie et de surveillance	++	++
	Identifier et choisir le matériel nécessaire à l'anesthésie et la réanimation du patient	=	+
	Adapter l'anesthésie au patient et à l'intervention chirurgicale en prévenant des risques	++	=
	Déceler les situations d'urgence, les complications du réveil pour alerter et agir en conséquence	++	++
	Mettre en œuvre des pratiques avancées et d'expertise	++	++
Hygiène, sécurité et qualité	Évaluer la satisfaction des patients	++	++
Comportement relation	Transférer son savoir faire aux étudiants et nouveaux personnels	++	=
	Travailler en équipe avec des médecins, infirmiers, brancardiers, techniciens biomédicaux, pharmaciens	++	+++
Bureautique	Utiliser les outils bureautiques	++	++
	Réaliser des comptes-rendus	+	++

Aucune légende ne nous est livrée avec ce tableau rendant sa lecture compliquée. Il est en effet difficile de comprendre certaines combinaisons, du moins plusieurs hypothèses sont possibles.

2-2 CADRE CONCEPTUEL

2-2-1 Sociologie des organisations

Sans avoir la prétention d'effectuer ici une analyse stratégique concernant le fonctionnement de l'anesthésie au sein des blocs opératoires, il est néanmoins nécessaire d'expliquer ici les grandes notions du fonctionnement des systèmes.

Selon Philippe BERNOUX

« L'individualisme qui caractérise fondamentalement chaque individu est à la base de l'analyse stratégique concernant le fonctionnement des systèmes. »

Philippe BERNOUX reprend les grandes théories concernant les organisations et dans un chapitre sur l'analyse stratégique, il introduit la notion d'acteur et de système s'inspirant des concepts édictés par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG.¹⁷

L'auteur aborde les notions de système, d'acteur, de zone d'incertitude et de pouvoir.

Concept de « Système »

« Un système est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est à dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et que par conséquent tout l'ensemble est transformé. Il est dit système d'action concret quand il contribue à résoudre les problèmes du quotidien. »¹⁸

Concept de « Jeu des acteurs »

Toute organisation comporte une règle du jeu. Il ne peut pas y avoir un système d'action concret si les acteurs ne jouent pas au même jeu. Cette règle du jeu est le plus souvent tacite entre les acteurs. Le concept de jeu permet de montrer la fragilité du lien qui unit les acteurs entre eux et les régulations subtiles qu'ils ont mis en place pour maintenir une cohérence à l'ensemble.

« Une équipe est un système où chacun peut être considéré comme un acteur jouant un rôle et se trouvant en interaction avec tous les autres membres du groupe. Il y a interdépendance entre tous les acteurs car les actions des uns ont obligatoirement une influence sur le comportement des autres qui adaptent eux aussi leurs comportements et leurs actions. Ceci, par effet de rebond, se répète sans cesse. « L'acteur crée le système », le système est un construit humain. Nous sommes tous des acteurs dans un système quel qu'il soit. »

Chaque acteur est alors considéré comme un être stratégique qui cherche à satisfaire ses propres besoins. Sa stratégie lui est propre, il est dit rationnel car il agit selon sa propre logique et lui seul sait pourquoi il agit de la sorte.

17 « L'acteur et le système. », CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977

18 « La sociologie des organisations : initiation théorique suivie de douze cas pratiques ». P. BERNOUX, 1990, p.137

2-2-2 Concepts de zone d'incertitude et Pouvoir

Zone d'incertitude indissociable du concept de pouvoir

Dans toute organisation, des règles formelles sont établies, et même si les dirigeants ont pensé tout prévoir, il reste toujours des zones d'ombre, dites « zones d'incertitude » qui sont source de pouvoir pour chaque acteur.

L'organisation la plus contraignante laissera toujours une marge d'autonomie même minime à ses acteurs.

Le cadre formel comporte toujours des déficits de rationalité, des zones peu ou mal réglementées dans lesquelles les individus peuvent agir autrement que dans le strict respect des consignes et des procédures.

« L'organisation ne peut décrire tous les comportements à adopter dans toutes les situations de travail ni anticiper tous les aléas qui ne manqueront pas de surgir et qui rendront partiellement caduques les règles antérieures. »

De même, plus il y a de règles, plus les individus se créent des marges de manœuvre, obtenant ainsi une source de pouvoir non prévue par ces règles.

Le pouvoir naît de l'interdépendance des acteurs et de la maîtrise des zones d'incertitude.

Être le seul à détenir un savoir-faire procure à l'acteur un pouvoir qui ne lui sera disputé que si d'autres acteurs apprennent ce savoir-faire.

Les acteurs essaient par tous les moyens de préserver leur « zone d'incertitude ».

Ces zones d'autonomie sont obligatoires pour que vive l'organisation.

Françoise GONNIER, cadre de santé et ancienne élève de M. CROZIER, propose cette définition de la zone d'incertitude :

*« c'est un élément non prévu (par les statuts, les règlements, les organigrammes) et cependant essentiel pour la démarche de l'organisation. Ceux qui la(les) maîtrisent par leur savoir ou leurs ressources pertinentes, sont les acteurs qui ont un pouvoir réel dans l'organisation. Celui-ci se superpose parfois au pouvoir formel, mais pas toujours ».*¹⁹

Il me semble que nous sommes justement dans ce cas de figure.

En effet comme démontré précédemment, le législateur a décidé que l'IADE devait travailler sur protocole prescrit par le Médecin Anesthésiste Réanimateur (ce fonctionnement est prévu par la loi = formel), le fait est que les protocoles sont quasiment inexistantes. Ce fonctionnement « informel » se superpose en quelque sorte au fonctionnement « formel ».

Une autre définition de la zone d'incertitude convient mieux au développement de la problématique engagée dans ce travail.

C'est un concept permettant de mettre en évidence la différence entre le fonctionnement formel d'une organisation et son fonctionnement informel et ce, en permettant de trouver où est la source du fonctionnement informel.

¹⁹ « L'hôpital en question(s) : Un diagnostic pour améliorer les relations au travail. » GONNET F., 1992, p.347

Habituellement, la vision classique du pouvoir est un attribut figé d'une catégorie professionnelle par rapport à une autre. Cette vision fixe les acteurs en sujets qui s'affrontent autour d'une part de pouvoir abstraite.

Le concept de zone d'incertitude permet de donner une autre vision du pouvoir dans l'organisation.

En effet, Si l'on perçoit le pouvoir comme la maîtrise d'une ou plusieurs zones d'incertitude essentielles au bon fonctionnement de l'organisation, cela nous oblige à regarder avec plus de réalisme ce concept.

« Les pouvoirs apparaissent alors comme des éléments fluctuants, dynamiques et évolutifs puisqu'ils sont liés aux zones d'incertitudes, elles mêmes mouvantes dans l'organisation. »

Une hypothèse de zone d'incertitude

« La zone d'incertitude permet le raisonnement systémique. »

Découvrir une hypothèse de zone d'incertitude dominante suppose un questionnement autour de la situation problème.

- * Quel déficit de rationalité se cache derrière la situation problème commune ?
- * Quelles ressources les acteurs maîtrisent-ils ? Technique ? Organisationnelle ? Communicationnelle ?
- * Sur quels problèmes ces ressources permettent-elles à ces acteurs d'agir?

Les acteurs qui ont des ressources leur permettant de maîtriser la zone d'incertitude sont dans une position favorable par rapport à tous les acteurs qui sont tributaires de leurs contributions.

Réfléchir sur ces types d'atouts mis en œuvre par certains acteurs permet de suggérer une hypothèse de zone d'incertitude.

Il s'agit alors de reconstituer le jeu dans le système d'action concret en montrant comment les stratégies des uns sont dépendantes des stratégies des autres et comment les arguments avancés participent à la régulation.

Cette reconstitution se fait au travers d'un récit qui met en scène les divers acteurs avec leurs différentes stratégies dans leurs interactions par rapport à la situation problème identifiée comme dominante.

2-2-3 Sous-questions de recherche :

- Quelles ressources utilisent les IADE pour se positionner professionnellement face à l'absence de prescriptions?
- Existe-t-il des ressources (techniques, organisationnelles, communicationnelles) maîtrisées par l'IADE par rapport au MAR, ces ressources sont elles essentielles au fonctionnement du système ?
- Quels atouts sont (pourraient être) mis en œuvre par les IADE pour l'obtention d'une relative autonomie professionnelle ?
- Quelles stratégies sont mises en œuvre par les acteurs de l'anesthésie (IADE, MAR) pour réguler le fonctionnement de leur activité ?
- Quelles interactions permettent aux IADE et MAR de collaborer quotidiennement ?
- Quelles sont les facteurs pris en compte par le MAR déterminant les zones d'autonomie attribuées aux IADE ?



3 - ENQUÊTE

3-1 METHODOLOGIE

3-1-1 Choix de l'outil

J'ai retenu l'entretien individuel comme méthode d'enquête car il me semblait correspondre le mieux au sujet traité. Il permet aux personnes de répondre de façon plus personnelle et d'exprimer leur ressenti.

Les entretiens semi-directifs à questions ouvertes se sont déroulés sur la base de guides d'entretien²⁰ établis au préalable.

3-1-2 Choix de la population

Je me suis entretenu avec les deux catégories professionnelles que le sujet intéresse, à savoir, les Infirmiers Anesthésistes et Médecins Anesthésistes Réanimateurs.

Cette enquête a été menée auprès de 5 IADE et 4 MAR²¹, principalement sur leur lieu de travail, c'est à dire au sein de deux blocs opératoires d'un centre hospitalier universitaire, un bloc pluridisciplinaire et un bloc spécialisé.

3-1-3 Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions pour la plupart, le sujet traité suscitant un intérêt certain des professionnels rencontrés.

Pour disposer de la meilleure écoute, ces entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des personnes, en assurant confidentialité, anonymat et usage réservé des enregistrements. Ces rencontres ont duré chacune entre 25 et 40 minutes.

3-1-4 Traitement des données

Après la retranscription des discours recueillis, je me suis attaché à extraire puis annoter les mots-clés et grandes idées verbalisés par les professionnels. A partir de cela le travail d'analyse des contenus thématiques²² a pu débiter afin d'apporter des « réponses » et pistes de réflexion aux sous-questions de recherche extraites de mon questionnement. L'interprétation des résultats de l'enquête m'a permis de tenter de répondre ensuite à la question de recherche de mon travail d'intérêt professionnel.

3-1-5 Les limites de l'enquête

L'enquête a porté exclusivement sur une population exerçant au sein du secteur public, ne rendant pas ce travail empreint d'une vision globale du métier d'infirmier anesthésiste.

La gestion du temps fut pour moi la principale difficulté. En effet, le rythme imposé par l'école d'infirmier anesthésiste m'a plusieurs fois posé problème afin de réaliser un travail que je voulais de qualité.

Ma qualité de futur IADE a certainement influencé certaines réponses des MAR interrogés, ou du moins, a pu altérer la sincérité de certaines verbalisations.

L'échantillon IADE interrogés est exclusivement féminin, ne rendant pas comptes des éventuelles divergences de réponses et sentiments des professionnels masculins.

20 Voir ANNEXE II et III : Guide d'entretien IADE/ Guide d'entretien MAR

21 Voir ANNEXE IV : Liste des entretiens effectués

22 Voir ANNEXE V : Analyse du contenu thématique

3-2 ANALYSE

3-2-1 Ressources utilisées par les IADE pour se positionner sans prescription

a) Résultats

Aucun professionnel IADE interrogé n'admet être démuné face au manque de prescription.

Les cinq professionnels interviewés jugent leurs connaissances suffisantes pour pallier à ce manque de prescriptions.

Les **connaissances issues de leur formation initiale** sont le socle auquel ils se réfèrent, associées aux **connaissances acquises dans le service (l'expérience)**, c'est à dire les prises en charge types selon l'intervention chirurgicale et les « terrains » fréquemment rencontrés (technicage particuliers, produits et techniques d'anesthésie usuels).

Ces connaissances leur permettent d'**anticiper** les prescriptions manquantes.

Un professionnel estime qu'il possède les compétences nécessaires à l'analyse de la situation de soin par les informations contenues dans le dossier d'anesthésie et que de ce fait il choisit les médications et techniques à employer quand le protocole est manquant.

Dans tous les cas il y a une validation médicale à l'arrivée du MAR soit explicite avec les réajustements éventuels ou implicite (sur le schéma du vieil adage « qui ne dit rien consent »).

Aucun professionnel n'a fait le lien avec la législation en vigueur.

Concernant les MAR interrogés, deux estiment que l'IADE possède, de part sa formation, les capacités de déduction des informations contenues sur la feuille d'anesthésie. Les deux autres professionnels estiment que le travail de l'IADE s'effectue exclusivement sur prescription.

b) Analyse et Interprétation des écarts

Là où il semblait exister un déficit de rationalité, l'on s'aperçoit que les acteurs concernés s'en contentent ou du moins n'expriment pas de difficultés au quotidien.

Le flou engendré par le manque de directives (prescriptions) semble ouvrir un champ de compétence à l'IADE et le positionne de façon gratifiante.

C'est une **source de pouvoir** quand le professionnel s'en empare.

Ce « pouvoir », et ce qui en découle, restent fluctuants en fonction du degré de directives transmises par le décideur.

Chaque jour ce pouvoir s'exerce donc plus ou moins selon le fonctionnement du décideur et l'implication de l'IADE et sa volonté de s'emparer de l'**espace de liberté** qui lui est implicitement offert.

Le terrain semble donc valider le modèle d'analyse, à savoir que le concept de **zone d'incertitude** est pertinent dans cette situation problème.

Si l'IADE refusait de s'emparer de cette zone d'incertitude en refusant de travailler sans prescriptions médicales, cela engendrerait plusieurs phénomènes, notamment le bouleversement du fonctionnement actuel du binôme et l'alourdissement de la charge de travail des MAR.

Les IADE quant à eux perdraient en sentiment d'autonomie.

Les MAR ont des avis partagés sur ce point, la moitié des personnes interrogées estiment que le travail de l'IADE s'effectue sur prescription exclusivement, l'autre moitié estiment que l'IADE peut déduire seul certaines actions à entreprendre.

3-2-2 Ressources maîtrisées par l'IADE par rapport au MAR.

a) Résultats

L'ensemble des professionnels IADE rencontrés s'est retrouvé en difficulté dans un premier temps devant cette question. En théorie : « tout ce qu'un IADE fait, un MAR sait le faire ».

Puis en effectuant les relances nécessaires est apparu le thème de la gestion du matériel.

En effet l'ouverture de la salle d'opération, sa préparation spécifique à l'intervention et les vérifications du matériel, semblent être des actions mieux maîtrisées par l'IADE que par le MAR.

Même si en théorie ce sont des vérifications et des préparations que les MAR pourraient effectuer, il s'avère que cela est devenu (sur les lieux enquêtés) un rôle exclusivement dévolu à l'IADE. Les IADE expliquent que « l'on fait bien, ce que l'on fait souvent. »

Les professionnels IADE estiment être, de ce fait, un des maillons essentiels de la sécurité anesthésique.

Le fait que l'IADE soit responsable de l'approvisionnement et du rangement du matériel d'anesthésie, le rend plus à même de savoir où il se trouve dans les situations où l'improvisation n'est pas permise.

Cette **connaissance « technique »** acquise sur la partie la moins « intéressante » du métier IADE (gestion des stocks, réapprovisionnement des chariots...) permet indirectement de lui procurer une ressource lui permettant de gagner en efficacité et rapidité d'exécution, le rendant ainsi plus opérationnel qu'un acteur ne maîtrisant pas ce « savoir ».

En relançant, trois professionnels m'ont demandé de préciser le **contexte** de mon interrogation car, selon eux, on ne travaille pas de la même façon selon si l'on est en garde ou en programme réglé.

Les professionnels travaillant sur un bloc pluridisciplinaire m'expliquent que les IADE tournent sur les différentes spécialités régulièrement au cours de leur carrière.

Les MAR quand à eux exercent leur art sur une seule spécialité chirurgicale.

Ils sont groupés en unité distinctes en fonction de la spécialité chirurgicale.

Lorsque les MAR sont de garde (nuit de semaine et weekend) ils sont amenés à intervenir en urgence sur une spécialité qui n'est pas forcément celle qu'ils exercent quotidiennement. C'est dans cette situation que l'IADE peut se retrouver en position d'expert, car sa polyvalence lui confère des savoirs spécifiques dont le MAR a besoin pour effectuer l'acte anesthésique ou valider des connaissances émoussées par son hyper-spécialisation.

b) Analyse et interprétation des écarts

Les compétences spécifiques liées à la fonction IADE ont été verbalisées, la maîtrise du **matériel** et la participation à la **sécurité anesthésique** et Matérovigilance, rendent l'IADE indispensable dans le fonctionnement de ce système très normé qu'est l'anesthésie.

Les professionnels m'ont aiguillé sur une piste que je n'avais pas identifiée à savoir un contexte différent du travail quotidien de chirurgie réglée. **La pratique de l'anesthésie en garde** positionne l'IADE comme personne ressource par le MAR du fait de sa **polyvalence** au sein d'un bloc pluridisciplinaire.

Dans une organisation hiérarchique structurée, où le rôle de chacun est déterminé par une réglementation, où les prérogatives de chaque corps sont clairement identifiées, l'on s'aperçoit que le fonctionnement ne dépend pas seulement de fiches de poste. En se détachant d'une lecture technocratique de l'organigramme hiérarchique où il y a les décideurs et les exécutants, on s'aperçoit que le rôle de chacun, selon le contexte est moins clair.

3-2-3 Atouts mis en œuvre par les IADE pour l'obtention d'une autonomie professionnelle

a) Résultats

Lorsque l'on interpelle les professionnels IADE interviewés sur le thème de l'autonomie, tous s'accordent à dire qu'elle s'exprime principalement en **période per-opératoire**, après que le MAR soit sorti de salle d'opération, soit pour s'occuper d'une autre induction, soit pour effectuer du travail administratif, ou encore bénéficier de son temps de pause.

Les MAR interrogés valident cet état de fait que l'IADE est plus autonome en leur absence.

Les cinq professionnels n'admettent pas effectuer un dépassement de fonction ou un glissement de tâche lorsqu'ils adaptent les médicaments nécessaires à l'entretien de l'anesthésie.

Un professionnel IADE admet avoir des prérogatives d'ordre médical, et compare le fonctionnement du binôme MAR/IADE avec le modèle des obstétriciens et sages-femmes.

(D'autres comparaisons n'apparaissant pas dans l'analyse de contenu thématique ont été verbalisées par les professionnels interviewés afin d'illustrer l'autonomie de l'IADE dans le binôme, à savoir le modèle pilote/copilote et notaire/clerc de notaire.)

Parmi les atouts que certains IADE mettent en avant pour obtenir plus d'autonomie que le fonctionnement ne leur permet, **l'ancienneté** dans le service est énoncé par deux professionnels.

Les deux plus anciennes professionnelles identifient clairement leur position privilégiée dans leur unité, et s'estiment être plus considérées et avoir plus de marge de manœuvre que des IADE nouvellement recrutés ou « fraîchement » sortis de l'école. Leur savoir faire et savoir-être éprouvé après plusieurs années de pratique forcent un certain respect de la part du corps médical qui n'interviendra que très succinctement dans leur prises en charge.

La connaissance des habitudes professionnelles de chaque Médecin anesthésiste est un apprentissage nécessaire pour l'IADE. Le fait de connaître les spécificités et les volontés habituelles de chaque anesthésiste, permet à l'IADE d'anticiper ses décisions. C'est aussi une possibilité de complicité pouvant déboucher ensuite sur une marge de manœuvre plus grande.

Les **capacités relationnelles** de l'IADE semble également être une source de gain en autonomie. En effet la qualité relationnelle établie avec le MAR et le climat de confiance qui en découle semble permettre à l'IADE de gagner une certaine marge de manœuvre dans la conduite de l'anesthésie. Cette qualité relationnelle s'installe dans le temps.

b) Analyse et interprétation des écarts

La période de travail où l'IADE estime avoir le plus d'autonomie dans son travail correspond à celle identifiée dans le cadre contextuel à savoir la période per-opératoire et plus particulièrement en l'absence du médecin anesthésiste.

Tous estiment que ces prérogatives (L'adaptation des posologies, voire le choix de certains médicaments d'usage courants), leur sont propres, bien qu'en réalité elles leur soient déléguées informellement.

L'**ancienneté** dans une unité est un facteur d'autonomie pour le professionnel mettant cet atout en avant dans sa stratégie de collaboration.

La connaissance des **habitudes professionnelles** des MAR permet aussi indirectement un gain d'autonomie.

La capacité à installer une **qualité relationnelle avec le MAR** semble également être un facteur favorisant un gain d'autonomie. Ici les compétences professionnelles ne semblent plus être les seules en question, il s'agit de relations affectives dans le binôme qui sembleraient influencer le décideur à laisser plus de manœuvre à son exécutant.

3-2-4 Interactions et stratégies mises en œuvre par les professionnels

a) Résultats

Tous les IADE interviewés s'accordent à dire qu'ils ont une marge de manœuvre différente selon avec quel anesthésiste ils travaillent.

Le terme de « **MAR-dépendant** » est verbalisé par quatre professionnels sur cinq. Ils développent tous ce thème en s'expliquant que les deux extrêmes existent et qu'ils doivent adapter leur comportement professionnel en fonction du MAR avec lequel ils vont collaborer.

La connaissance des médecins, de leurs habitudes professionnelles mais aussi de leur caractère ou psychologie, leur permettent d'adapter leur comportement et d'anticiper leur degré d'autonomie pour la journée qui s'annonce.

Pour reprendre ce qui a été dit : avec certains MAR, les IADE vont avoir des prérogatives au delà de leurs limites réglementaires, avec d'autres ils n'auront qu'un rôle d'assistant peu valorisant.

Deux IADE interrogés estiment avoir connu ou connaître encore des moments de souffrance professionnelle car ils ont des difficultés à accepter cet état de fait.

Les IADE interviewés disent ne pas s'empêcher de proposer ou de discuter la prise en charge anesthésique, que leur avis soit pris en compte ou non.

Les IADE travaillant en bloc opératoire pluridisciplinaire estiment aussi que leur autonomie est différente selon l'unité dans laquelle ils sont affectés. Il apparaît que des consensus médicaux différents (formels ou informels) existent quant au degré d'autonomie laissé au corps des IADE dans les différentes unités.

Deux MAR interrogés identifient également qu'il existe de grandes disparités sur l'autonomie laissée aux IADE en fonction du site géographique.

b)Analyse et interprétation des écarts

La **politique interne (souvent informelle) des groupements d'anesthésistes** sur l'autonomie laissée aux IADE en unité est un facteur que l'IADE prendra en compte pour choisir le bon positionnement professionnel.

La positionnement de l'IADE lors de son exercice semble dépendre en grande partie de la personnalité et de la « professionnalité » du MAR avec lequel il va passer sa journée de travail.

La qualité de la relation qu'ils auront tissé ensemble semble également rentrer en compte.

Relation affective mais surtout relation de confiance.

La qualité de cette relation qu'il faut construire et entretenir apparaît comme un facteur du degré d'autonomie laissé dans le travail de l'IADE mais aussi à son bien-être et à son épanouissement professionnel.

Les capacités d'adaptation de l'IADE apparaissent être comme un pré-requis à une pratique professionnelle sereine.

3-2-5 Facteurs déterminants les zones d'autonomie laissées par les MAR aux IADE

a) Résultats

Tous les MAR interrogés disent ne pas travailler de la même façon avec tous les IADE.

Ils ont conscience de la variabilité de l'autonomie de l'IADE en fonction du MAR avec lequel il travaille.

Ils expliquent qu'ils évaluent directement ou indirectement l'IADE.

Il faut « faire ses preuves ».

Deux MAR expliquent qu'il y a deux sortes d'IADE, ceux qui travaillent de façon réfléchi, et les personnes qui travaillent de manière stéréotypées, qui travaillent par imitation. Un MAR parle de « recettes » qui sont souvent trop systématiques de la part des IADE.

Deux MAR disent attendre des IADE qu'ils puissent argumenter les actions entreprises en leur absence, du moins dans un premier temps, afin d'évaluer si le professionnel comprend ce qu'il a fait, pourquoi il l'a fait, mais aussi les conséquences possibles de ce qu'il a fait.

Ils évaluent également l'assurance du professionnel devant des situations critiques, sa capacité à ne pas paniquer et à entreprendre les actes pertinents.

Un MAR dit attendre de l'IADE qu'il prenne des initiatives.

Trois MAR expliquent que la façon de restreindre l'autonomie de l'IADE, est de rester en salle. Par leur présence ils estiment directement ou indirectement réduire les marges de manœuvre de l'IADE, ou du moins exercer un contrôle sur son travail.

Tous les MAR interrogés estiment que l'IADE a « son mot à dire » sur la prise en charge anesthésique.

Deux MAR disent que les propositions des IADE sont bienvenues et souvent pertinentes. Un des deux évoque notamment le rôle « très important » de l'IADE sur la prise en charge de la douleur en SSPI, où il apparaît que joue (non pointé par les professionnels IADE interrogés).

La confiance est aussi évidemment une notion évoquées par tous les MAR interrogés, deux estiment que cette relation se bâtit dans le temps, « l'ancienneté du travail en commun », deux autres MAR expliquent qu'ils donnent plus facilement et plus rapidement leur confiance.

Un MAR identifie comme étant du rôle de l'IADE de connaître les habitudes professionnelles de chaque MAR.

La qualité de la relation, le fait de « bien s'entendre », « de bien comprendre les attitudes de chacun » ont également été verbalisées par trois MAR.

b)Analyse et interprétation des écarts

Les MAR valident tout comme les IADE le facteur humain comme déterminant principal.

De grandes disparités existent sur les stratégies qu'utilisent les MAR pour collaborer avec l'IADE.

A beaucoup de questionnement, des points de vues parfois très différents sont évoqués.

Ils se retrouvent bien sûr plusieurs fois notamment sur les notions de relation de confiance et pointent, comme les IADE, l'importance d'une bonne entente pouvant aller souvent jusqu'à une complicité professionnelle.

Les compétences de l'IADE ne sont pas remises en cause par les MAR interrogés, ce peut être pour eux une personne ressource qui propose et argumente.

Néanmoins ils admettent juger les compétences et le comportement professionnel de chaque IADE avant de lui donner des prérogatives supplémentaires ou restreindre son rôle par sa présence en salle.

L'ancienneté de l'IADE est un des éléments pris en compte dans ce choix de donner ou non plus de prérogatives.

4- CONCLUSION

Arrivé au terme de ce travail, je comprends mieux les conditions permettant à l'IADE de discerner les limites de sa fonction.

Nous avons compris que la marge de manœuvre de l'IADE est fluctuante et incertaine, plusieurs facteurs tendant à influencer le degré d'autonomie et de prise d'initiative.

Selon des consensus formels et/ou informels des groupements d'anesthésistes de la structure, qui délèguent plus ou moins certaines prérogatives à l'équipe IADE.

Selon la personnalité du Médecin Anesthésiste, du lien créé, de la relation de confiance établie avec lui et surtout de ses habitudes et attitudes professionnelles (professionnalité).

Selon un contexte de garde différent de celui de la chirurgie réglée de semaine dans un bloc pluridisciplinaire, où l'on a pointé un gain en autonomie et « pouvoir » de l'IADE grâce à sa polyvalence.

L'IADE afin de gagner en autonomie développe ou met en avant plusieurs compétences ou capacités.

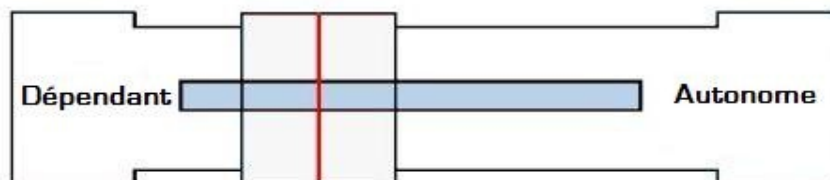
Des capacités professionnelles, dont il doit faire preuve et rendre compte auprès du MAR.

Des capacités relationnelles à établir un climat de confiance jusqu'à une complicité professionnelle dans certains cas.

La connaissance des habitudes en lien avec l'ancienneté dans le service (apprentissage dans le temps des personnalités et praxis professionnels spécifiques à chaque MAR).

La volonté et la capacité à s'emparer pertinemment des zones d'incertitudes induites par l'absence de prescription, ce qui semble d'ailleurs être la clé du sentiment d'autonomie de la profession.

Une fois pris en compte les différents facteurs influençant sa marge de manœuvre et la mise en action de capacités spécifiques, l'IADE peut ainsi placer le curseur de son positionnement sur une certaine échelle d'autonomie.



Afin de bien vivre sa fonction d'IADE il apparaît qu'il semble très important de garder de l'humilité et de développer également sa capacité d'acceptation de voir son rôle fluctuer en fonction des facteurs énoncés, et principalement des facteurs humains.

La législation actuelle ne devrait elle pas redéfinir le travail de l'IADE en dehors d'un fonctionnement protocolé qui, semble-t-il ne fonctionne pas ?

Si la définition législative s'accordait avec ce qui est fait quotidiennement au sein des blocs opératoires, l'exercice de la profession IADE ne rentrerait-il pas plus dans la légalité ?

Ce travail d'intérêt professionnel est contemporain de grands changements se profilant pour la filière infirmière, avec le projet de ré-ingénierie des formations des professions paramédicales, le projet de transfert des tâches, l'universitarisation de la filière...

A l'aube de ces grands changements pour la profession, les projets initiés par l'exécutif déplaceront-ils un peu plus la frontière entre le rôle du médecin anesthésiste réanimateur et celui de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état ? Dans tous les cas il semble qu'il subsistera toujours des zones d'incertitudes dans le fonctionnement de ce binôme si particulier.

BIBLIOGRAPHIE

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil, 1977. 500p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations : initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 382p.

GONNET F. *L'hôpital en question(s) : Un diagnostic pour améliorer les relations au travail*. Paris : Éditions Lamarre, 1992. 272p.

COHEN, Philip. *Médecins et infirmiers anesthésistes - Ce qui a changé de 1984 à 2002*. [en ligne] Disponible sur : <<http://www.infirmiers.com/carr/iade/mariadechgt.php>> (consulté le 12/12/2008)

LELIEVRE, Nathalie. *Les protocoles de soins : validité et conditions d'application*. [en ligne] Disponible sur : <http://www.infirmier.com/doss/protocoles_soins.php> (consulté le 10/12/2008)

ENSP. *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*. Tome II, *Monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles*, [en ligne] Paris: ENSP, 2007. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/fonction_publ_hosp/edutes_prospectives/tome2.pdf> (consulté le 12/12/2008)

HAS / ONDPS. *Délégation, transferts, nouveaux métiers...conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. [en ligne]. Paris : HAS, 2007. Disponible sur : <http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_projet_recommandation.pdf> (consulté le 11/11/2008)

SNIA. *Enquête du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes sur les pratiques déclarées des IADE « Mieux connaître les IADE »*, Oxymag Avril 2002, N°63, p.9-24.

BERLAND, Y. « *coopération des professions de sante : le transfert de taches et de compétences* » [en ligne]. Octobre 2003. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/berland/rapport_complet.pdf> (consulté le 07/01/2009)

HAS. *Les pratiques actuelles de coopération :analyse des témoignages des professionnels de santé* [en ligne]. Paris : HAS, Décembre 2007. Disponible sur : http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_pratiques_actuelles.pdf (consulté le 07/01/2009)

HAS / ONDPS. *Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* [en ligne]. Paris : HAS, Avril 2008. Disponible sur : <http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf> (consulté le 15/10/2008)

BERLAND, Y. (Dir.) *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. [en ligne]. Paris : HAS, 2006.

Disponible sur :

http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf (consulté le 10/10/2008)

MINISTERE DE LA SANTE, *Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. fiche 3 : « le traitement médicamenteux de la douleur*

[en ligne] Paris : Ministère de la santé, 2002. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/hm/publication/dhos/douleur/accueil.htm> (consulté le 11/06/2008)

HAS. *Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade*. [en ligne] Paris : HAS, Juin 2008. Disponible sur :

http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008_07/rapport_de_synthese_des_evaluations_quantitatives_relatives_aux_nouvelles_formes_de_cooperation_entre_professionnels_de_sant.pdf (consulté le 10/08/2008)

ANNEXE I : Feuilles d'anesthésie

ANNEXE II : Guide d'Entretien N°1 : IADE

Consigne Introductive :

Bonjour, je m'appelle Simon Taland, je suis étudiant infirmier anesthésiste. Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions. J'effectue mon travail d'intérêt professionnel sur les limites de fonction de l'IADE dans sa pratique quotidienne de l'anesthésie.

Comme convenu avec vous, la durée effective de cet entretien ne dépassera pas 45 minutes, cet entretien est strictement anonyme et avec votre accord, il sera fait un enregistrement audio, non diffusé, ne servant qu'au dépouillement et à la retranscription de notre conversation.

Questionnement N°1 :

« En quoi l'absence de protocole d'anesthésie prescrit (ou description détaillée) a-t-il des répercussions sur votre pratique quotidienne ? »

Relances :

Comment faites vous concrètement pour préparer l'intervention en l'absence de protocole d'anesthésie détaillé ?

Qu'induit cette absence de prescription dans votre pratique ?

Sous-question de recherche visée:

Quelles ressources utilisent les IADE pour se positionner professionnellement face à l'absence de prescriptions ? Quel déficit de rationalité induit ce mode d'exercice ?

Questionnement N°2 :

« Avez vous l'impression de maîtriser certaines ressources par rapport aux MAR ? »

Relances :

Vous sentez vous indispensable dans l'équipe d'anesthésie?

Sur quels points particuliers ?

Sous-question de recherche visée :

Existe t il des ressources (techniques, organisationnelles, communicationnelles) maîtrisées par l'IADE par rapport au MAR, ces ressources sont elles essentielles au fonctionnement du système ?

Questionnement N°3 :

« Pouvez vous me parler de l'autonomie de l'infirmier anesthésiste ? »

Relances:

Dans quelles situations allez vous faire appeler le MAR en per-opératoire ?

Avez vous l'impression de dépasser vos fonctions ? Souvent, parfois, jamais ?

Avez vous l'impression qu'un glissement de tâche s'effectue du MAR vers l'IADE ?

Si oui, dans quelles situations ?

Sous-question de recherche visée:

Quels atouts sont mis en œuvre par les IADE pour l'obtention d'une relative autonomie professionnelle?

Questionnement N°4 :

« Avez vous une marge de manœuvre différente selon le MAR avec lequel vous travaillez ? »

Relances :

Travaillez vous de la même façon avec tous les MAR ?

Certains MAR vous donnent ils certaines prérogatives supplémentaires ou vous restreignent ils à un rôle réduit?

Pouvez vous me donner quelques exemples ? À quoi cela est du selon vous?

Vous arrive t il de discuter d'un choix thérapeutique avec le MAR ?

Sous-questions de recherche visées:

Quelles stratégies sont mises en œuvre par les acteurs de l'anesthésie (IADE, MAR) pour réguler le fonctionnement de leur activité ?

Quelles facteurs influent sur les zones d'autonomie laissées par les MAR aux IADE ?

Quelles interactions permettent aux IADE et MAR de collaborer ?

Conclusion :

Dans le cas où vous voudriez compléter notre entretien, je me tiens à votre disposition.

Transmission de coordonnées

-

Remerciements

ANNEXE III : Guide d'Entretien N°2 : MAR

Consigne Introductive :

Bonjour, je m'appelle Simon Taland, je suis étudiant infirmier anesthésiste. Tout d'abord merci d'avoir accepté de répondre à mes questions. J'effectue mon travail d'intérêt professionnel sur les limites de fonction de l'IADE dans sa pratique quotidienne de l'anesthésie. Comme convenu avec vous, la durée effective de cet entretien ne dépassera pas 30 minutes, cet entretien est strictement anonyme et avec votre accord, il sera fait un enregistrement audio, non diffusé, ne servant qu'au dépouillement et à la retranscription de notre conversation.

Questionnement N°1

« Comment définiriez-vous le métier d'IADE ? Je souhaiterai notamment que vous abordiez la question de sa part d'initiatives et celle de la collaboration avec le MAR. »

Relances :

Attendez vous de l'IADE qu'il déduise seul certaines informations présentes sur la fiche d'anesthésie?
Vous arrive-t-il de discuter d'un choix thérapeutique avec l'IADE ?
Vous arrive-t-il de remarquer un dépassement de fonction de la part d'IADE ?
Avez vous l'impression qu'un glissement de tâche s'effectue du MAR vers l'IADE ?

Sous-questions de recherche visées :

Quelles interactions permettent aux IADE et MAR de collaborer ?

Questionnement N°2

« Travaillez vous de la même façon avec tous les IADE ? »

Relances :

Laissez vous des prérogatives supplémentaires à certains, ou restreignez vous le rôle de certains professionnels?
Si oui sur quoi vous basez vous ? Comment l'évaluez vous?

Sous-questions de recherche visées:

Quelles stratégies sont mises en œuvre par les acteurs de l'anesthésie (IADE, MAR) pour réguler le fonctionnement de leur activité ?
Quelles facteurs influent sur les zones d'autonomie laissées par les MAR aux IADE?

Conclusion :

Avez vous quelque chose à rajouter ?

Transmission de coordonnées

-

Remerciements

ANNEXE IV : Liste des Entretiens Réalisés

Entretiens Infirmiers Anesthésistes :

Entretien N°1

Age	55 ans
Sexe	Féminin
Expérience	11 ans
Lieu d'exercice	Bloc Pluridisciplinaire

Entretien N°2

Age	49 ans
Sexe	Féminin
Expérience	12 ans
Lieu d'exercice	Bloc spécialisé

Entretien N°3

Age	40 ans
Sexe	Féminin
Expérience	4 ans
Lieu d'exercice	Bloc spécialisé

Entretien N°4

Age	45 ans
Sexe	Féminin
Expérience	15 ans
Lieu d'exercice	Bloc Pluridisciplinaire

Entretien N°5

Age	54 ans
Sexe	Féminin
Expérience	17 ans
Lieu d'exercice	Bloc Pluridisciplinaire

Entretiens Médecin Anesthésistes Réanimateurs :

Entretien N°1

Age	43 ans
Sexe	Masculin
Expérience	18 ans
Lieu d'exercice	Bloc pluridisciplinaire

Entretien N°2

Age	34 ans
Sexe	Féminin
Expérience	3 ans
Lieu d'exercice	Bloc spécialisé

Entretien N°3

Age	38 ans
Sexe	Masculin
Expérience	7 ans
Lieu d'exercice	Bloc pluridisciplinaire

Entretien N°4

Age	54 ans
Sexe	Masculin
Expérience	30 ans
Lieu d'exercice	Bloc spécialisé

ANNEXE V : Analyse de Contenu Thématique

SQR : Ressources utilisées par les IADE pour se positionner professionnellement face à l'absence de prescriptions		
Mots clés	Citations Entretiens IADE	Congruences Entretiens MAR
Compétence jugée propre	<p>« en fonction de la feuille d'anesthésie, de la pathologie et des antécédents du patient, je choisirais au mieux pour le patient. Après si le MAR n'est pas d'accord je change ». (IADE 3)</p>	<p>« J'attends évidemment que l'IADE déduise seul des informations écrites sur la feuille d'anesthésie »(MAR1)</p> <p>« Oui, en effet, l'IADE doit déduire les actions à entreprendre en fonction de ce que l'on a noté sur la feuille d'anesthésie »(MAR2)</p> <p>« Il doit pouvoir faire une AG à partir d'une prescription il doit pouvoir faire des ALR simples sur prescription médicale »(MAR3)</p> <p>« Il doit suivre les prescriptions de la feuille d'anesthésie »(MAR4)</p>
Formation initiale IADE	<p>« Grâce à notre formation » (IADE1)</p> <p>« On fait appel à nos connaissances »(IADE2)</p> <p>« ma formation me permet de le faire » (préparer seul l'anesthésie quand absence de protocole) (IADE3)</p>	<p>« C'est un technicien de santé spécialisé en anesthésie »(MAR1)</p> <p>« qui ont une grande connaissance de la physiologie de l'anesthésie. Ils sont là pour endormir les patients asa 1 asa 2 sous la surveillance du MAR, (...) selon le décret vous pouvez le faire et je l'ai vu faire (...), en aidant l'anesthésiste sur les patients plus lourd et surveiller le déroulement de l'anesthésie et le post op. »(MAR2)</p>
Prise d'initiative		<p>« Il doit savoir prendre des initiative et référer au MAR »(MAR)3</p>

<p>Expérience</p> <p>Connaissance acquises pratiques des MAR du service (spécificités individuelles, spécificités collectives)</p>	<p>« mes connaissances grâce aux pathologies que j'ai déjà rencontrées dans le service »(IADE2)</p> <p>« de ce que j'ai appris dans le service »(IADE4)</p> <p>« Je me réfère à ce que l'on fait classiquement dans le service, et ce que les MAR ont l'habitude d'utiliser »(IADE5)</p> <p>« quand tu es polyvalent, tu arrives à savoir ce que chacun veut »(IADE)</p>	<p>« Si l'expérience n'y est pas, je reste en salle et du coup je restreins le rôle de l'IADE » (MAR4)</p>
<p>Anticipation</p>	<p>« J' anticipe le protocole et me le fais confirmer par le médecin quand il arrive ». (IADE1)</p>	

SQR : Ressources (techniques, organisationnelles, communicationnelles...) maîtrisées par l'IADE par rapport au MAR.		
Mots clés	Citations Entretien IADE	Congruences Entretiens MAR
Préparation de l'intervention	« Toute la préparation de la salle »(IADE1)	« Ce sont les gens qui préparent tout le matériel nécessaire à l'anesthésie »(MAR2)
Ouverture de salle	« On maîtrise l'ouverture des salles d'interventions par rapport aux MAR »(IADE2)	« un de leur rôle le plus important c'est la préparation de la salle » (MAR4)
Sécurité anesthésique	« Les ¾ des médecins n'ont pas l'habitude d'ouvrir les salles, s'ils devaient le faire, comme ça se fait ailleurs, ils auraient des difficultés »(IADE4)	
Matériel	« L'IADE sait où se trouve le matériel »(IADE1) « la plupart des MAR ne savent pas tester correctement le Respirateur, ou faire fonctionner le cell-saver par exemple »(IADE3) « On maîtrise le rangement du matériel, on sait où il se trouve, du coup on est plus rapide et plus opérationnel »(IADE3) « Les MAR savent utiliser un respirateur mais la mise en fonction et les tests ils ne savent pas forcément »(IADE4)	
Organisation des soins	« Heureusement qu'on est là pour préparer et anticiper les enchaînements »(IADE1) « Organisation du matériel pour l'intervention suivante »(IADE2) « En garde par exemple, les MAR sont parfois obligés de travailler seul, et quand on les rejoint, la salle est sans dessus dessous, en vrac, complètement désorganisée, contrairement à notre façon de travailler et la rigueur que l'on a »(IADE4)	« L'IADE c'est un aide indispensable au quotidien, c'est une personne qui nous permet de maintenir une activité satisfaisante en terme de nombre de salles ouvertes. »(MAR3)

<p>Polyvalence</p>	<p><i>« Chaque médecin connaît pour son unité mais pas sur tout (...) il suit ton choix quand tu connais plus la spécialité »(IADE3)</i></p>	
<p>Contexte : travail en garde</p>	<p><i>« Quand tu es de garde avec mettons un MAR qui bosse tous les jours en Urologie et que tu intervies de garde sur de la chirurgie pédiatrique par exemple, comme on sait comment faire dans telle ou telle prise en charge, les tailles de sonde et cetera, ils nous demandent comment ça se passe pour ça, les posologies, enfin bref, là on sent qu'ils comptent sur nous. » (IADE4)</i></p> <p><i>« Lorsque l'on travaille en garde, on est amené à travailler sur toutes les spécialités du bloc opératoire. Nous, (les IADE) comme on tourne sur tous les services on acquiert une connaissance de chaque spécialité, ce qui n'est pas le cas des MAR qui eux, en semaine, sont rattachés à une seule spécialité. (...) Du coup, on maîtrise la préparation, le choix du matériel, le technicage, les produits, et là, les MAR sont bien contents d'avoir quelqu'un qui gère en salle, (...) ils nous demandent comment on fait d'habitude et ils se fient à ce qu'on leur dit »(IADE5)</i></p>	

SQR : Atouts mis en œuvre par les IADE pour l'obtention d'une relative autonomie professionnelle		
Mots clés	Citations IADE	Congruences Entretiens MAR
Compétences en surveillance Période PerOpérateur	<p>« on est complètement indispensable, aujourd'hui il est inconcevable pour un MAR de se passer d'un IADE, (...) la surveillance per-op est assurée quasi-exclusivement par un IADE »(IADE1)</p> <p>« notre autonomie on l'a quand le MAR est sorti de salle, après l'induction »(IADE3)</p> <p>« On a plus d'autonomie pendant la période peropérateur »(IADE4)</p>	<p>« On est là aux moments critiques comme l'induction, où si il y a un problème , après j'attends de l'IADE qu'il s'occupe du patient pendant que je suis occupé ailleurs»(MAR1)</p> <p>« Ils ont plus d'autonomie pendant la surveillance per-op pendant qu'on endort ailleurs » (MAR4)</p>
Dépassement de fonction Glissement de tâches	<p>« Parfois, mais j'ai envie de dire jamais car j'estime que c'est mon travail »(IADE1)</p> <p>« On le fait alors que l'on n'a pas de prescriptions, mais ma formation m'a appris à faire de l'anesthésie. »(IADE2)</p> <p>« je sais pas si c'est un dépassement ou un glissement, ils (les MAR) nous laissent faire ce que l'on sait faire... »(IADE3)</p> <p>« Je me mets des barrières, enfin bien sûr, j'utilise des produits non prescrits mais du moment où tu ne fais pas n'importe quoi et que tu n'es pas délétère... »(IADE4)</p> <p>« Je ne le vis pas comme ça, je sais que je prends des initiatives d'ordre médical tous les jours, mais le travail est comme ça, on se rapproche du fonctionnement des sages femmes »(IADE5)</p>	<p>« Oui, je remarque parfois des dépassements de fonction de la part d'IADE, ça ne me gêne pas. De toute façon c'est une tendance qui va s'accroître du fait de la crise démographique des MAR. »(MAR1)</p> <p>« non »(MAR2)</p> <p>« non, pas à mon sens »(MAR3)</p> <p>« Oui, il y a souvent des glissements de tâches du médecin anesthésiste vers l'IADE, Les MAR s'étonnent que les IADE ne fassent pas certaines choses qui en fait sont sensés être de leur ressort. » (MAR4)</p>

<p>Ancienneté</p> <p>Connaissance des habitudes personnelles, professionnelles</p>	<p>« mon ancienneté dans le service rentre en jeu, on me laisse tranquille, on sait que je vais gérer la situation »(IADE3)</p> <p>« je pense que du fait de mon ancienneté dans le service, globalement je connais les habitudes des gens et je fais les préparations en fonction,(...) je connais aussi bien les terrains et les antécédents »(IADE5)</p>	<p>« Et je pense qu'il y a beaucoup d'endroits (rires) où les IADES sont meilleurs que les MAR, ne serait ce que par la formation qu'ils ont suivis et leur vécu de l'anesthésie que certains MAR n'ont pas, soit parce qu'ils sont jeunes, soit parce qu'ils refusent de se former car ils estiment qu'ils sont au dessus de tout le monde».(MAR2)</p> <p>« Je ne travail absolument pas de la même façon avec tous les IADE (...) Un IADE qui a 10 ou 15 ans d'expérience ce n'est pas la même chose que celui qui sort de l'école. »(MAR3)</p> <p>« Ils faut qu'ils connaissent les habitudes de l'anesthésiste, parce qu'au final on a chacun nos préférences sur des techniques ou produits. »(MAR4)</p> <p>« L'ancienneté du travail en commun. »(MAR1)</p>
<p>Capacités relationnelles</p>	<p>« ça dépend aussi de comment tu t'entends avec le MAR »(IADE3)</p> <p>« Mon autonomie dépend aussi de la qualité relationnelle établie avec le MAR (...) à partir du moment où tu crées un climat de confiance et une bonne entente, ils ont tendance à te laisser faire ton travail »(IADE5)</p>	<p>« Le fait de bien connaître l'autre »(MAR1)</p> <p>« savoir si l'un et l'autre on se comprend bien dans nos attitudes » (MAR3)</p> <p>« La qualité de la relation est primordiale »(MAR4)</p>

SQR : Stratégies mises en œuvre par les acteurs de l'anesthésie pour réguler le fonctionnement de leur activité. Interactions permettant aux IADE et MAR de collaborer quotidiennement. Facteurs influençant les zones d'autonomie laissées par le MAR à l'IADE .

Mots clés	Citations Entretiens IADE	Citations Entretiens MAR
Marge de manœuvre différente selon l'anesthésiste	<p>« oui, c'est flagrant (...) il y a des médecins qui n'aiment pas du tout que tu prennes des initiatives, il faut les appeler dans toutes les situations (...) d'autres te laisseront gérer l'anesthésie comme tu l'entends, si tu as entrepris quelque chose tu ne vas pas leur dire, à moins qu'ils repassent en salle »(IADE1)</p> <p>« Certains te valorisent, tu sens que tu es utile pour eux (...) d'autres te traitent comme un moins que rien, ils te renvoient une image négative de ton travail, on est leur larbin, il faut pas le cacher, c'est la vérité. »(IADE2)</p> <p>« par rapport à notre formation, on perd beaucoup selon avec qui on travaille »(IADE3)</p> <p>« ça dépend du médecin : d'un côté tu as les MAR qui maîtrisent tout et qui veulent tout faire, ce sont souvent les MAR jeunes au profil universitaire; et il y a les autres, je caricature un peu (rires), ce sont les vieux PH routards de l'anesthésie qui eux comptent plus sur nous »(IADE4)</p> <p>« Je suis Médecin-dépendant, je suis comme le caméléon, je prends la couleur de l'anesthésiste (rires), je peux endormir seul en pédiatrie un bébé de deux ans, et avec un autre médecin, un jeune ASA I en orthopédie je ne le touche pas ! (...) Ce sont des médecins qui n'ont confiance en personne, même pas en eux même, donc il faut les laisser faire (...) moi je leur dit en arrivant : bonjour ! C'est moi ta secrétaire d'anesthésie ce matin (rires) (...) avec ces médecins je me mets dans un coin, je fais la traçabilité, je papote avec eux mais je n'utilise pas du tout mes compétences »(IADE5)</p>	<p>« La part d'initiatives des IADE est éminemment dépendante du MAR avec lequel il travaille. »(MAR1)</p> <p>« Certains d'entre nous ne supportent que certaines choses et ne travaillent qu'avec certains produits qu'ils connaissent bien, d'autres anesthésistes sont beaucoup plus larges, je ne sais pas si c'est de l'ouverture d'esprit (rires), certains sont plus ouverts donc aux propositions de l'IADE »(MAR3)</p> <p>« Moi personnellement je laisse de larges prérogatives, je suis très ouvert, par contre pour certains patients je donne quelques contre indications »(MAR2)</p> <p>« Le MAR qui d'emblée donne un contrat à l'IADE, clair et sûr, du genre ben voilà, tu peux faire ça, ça et ça , la seule chose c'est qu'il faut qu'à tout moment il puisse contacter le MAR. »(MAR4)</p> <p>« non je ne travaille pas de la même façon avec tous les iades »(MAR2)</p>

<p>Marge de manœuvre fluctuante selon les unités</p>	<p>« Selon dans quelle unité tu travailles, c'est différent, par exemple en chirurgie maxillo faciale on est plus autonome »(IADE1)</p> <p>« Ici on nous laisse travailler, les anesthésistes sont plutôt cool, va faire un tour au bloc X, tu verras que ce n'est pas du tout pareil ! »(IADE4)</p>	<p>« j'ai connu des blocs où les iades endormaient tout seul, hein vraiment tout seul, des asa 1 ou 2 pour des chirurgies routinières, avec un anesthésiste présent dans le bloc, mais pas présent dans la salle. »(MAR2)</p>
<p>Discussions sur les choix thérapeutiques</p>	<p>« Oui, ça arrive, je demande pourquoi il veut utiliser ce produit plutôt qu'un autre »(IADE2)</p> <p>« on est aussi là pour dire ce que l'on pense sur la prise en charge »(IADE3)</p>	<p>« Oui je discute souvent de la prise en charge avec les IADE, les recettes étant souvent systématiques de la part des IADE. »(MAR1)</p> <p>« Bien sûr l'IADE peut ne pas être d'accord avec une prise en charge, si on a des positions divergentes, plutôt que d'envenimer et créer un conflit, je reste en salle pour appliquer ce que je pense correct, parce qu'au final c'est quand même nous qui avons la responsabilité de ce qui est fait »(MAR4)</p>
<p>Proposition sur la Prise en charge anesthésique</p>	<p>« Je propose souvent pour la prévention des Nausées et Vomissements Post Opératoires, comme l'utilisation du propofol plutôt que les gaz, faire de la dexaméthasone ou du droleptan »(IADE1)</p> <p>« oui par exemple je lui demande s'il veut utiliser de l'ultiva sur un patient obèse, des trucs comme ça, ou de l'AIVOC... »(IADE3)</p>	<p>« L'IADE peut tout à fait proposer des choses, il est évident qu'en anesthésie il faut beaucoup d'humilité et que l'expérience de l'un comme de l'autre compte énormément ». (MAR3)</p> <p>« Oui les IADE font souvent des propositions pertinentes. Pour l'analgésie post op, vous (les IADE) les (les patients) voyez plus que nous (MAR) et donc je suis souvent l'avis des iade »(MAR2)</p>
<p>Confiance</p>	<p>« Les MAR qui nous laissent bosser nous font confiance, ils reconnaissent nos compétences »(IADE1)</p> <p>« c'est une question de confiance entre nous »(IADE3)</p>	<p>« Je ne travaille pas de la même façon avec tous les IADE, c'est confiance, habitude et compétence-dépendant »(MAR1)</p> <p>« cela dépend surtout de la confiance qu'il y a entre iade et anesthésistes »(MAR2)</p>

<p>Faire ses preuves</p>	<p><i>« Ce sont des médecins qui n'ont confiance en personne, même pas en eux même, donc il faut les laisser faire »(IADE5)</i> <i>« la confiance ça ne se gagne pas comme ça (...) pour certain, ce n'est pas parce que tu es IADE qu'ils vont te laisser tout faire, il faut faire ses preuves quand tu arrives dans un bloc »(IADE4)</i></p>	<p><i>« Oui cela dépend de la confiance que j'ai pour l'IADE et de l'expérience des intervenants »(MAR4)</i></p> <p><i>« Je juge l'IADE sur le fondé de ces décision, s'il arrive à m'expliquer : j'ai fais ça parce que ça, ça, ça, et ça ou j'ai fais ça parce que j'ai vu faire ça. Bref quelqu'un qui sait ce qu'il fait, pourquoi il le fait et quelles peuvent être les conséquences de ce qu'il fait. »(MAR1)</i></p> <p><i>« moi au début je travaille pareil avec tous les iades, et si je vois que certains ne sont pas sûrs d'eux, qu'ils sont tâtonnant ou s'ils paniquent dans des situations dangereuses à ce moment là, la prochaine fois je reste en salle, je pousse les drogues c'est pas lui et cetera. »(MAR3)</i></p> <p><i>« Je ne fais pas confiance en ceux qui travaillent par imitation, qui font tout le temps la même chose, sans vraiment réfléchir au pourquoi du comment, là je me méfie plus. »(MAR4)</i></p>
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE V : Fiche métier

Question de Recherche :

Dans quelles conditions l'infirmier anesthésiste discerne-t-il les limites de sa fonction en l'absence de protocole d'anesthésie prescrit ?

Résumé :

L'anesthésie en France est un système dit « très normé » au regard de la réglementation en vigueur. Le Médecin anesthésiste réanimateur et l'Infirmier Anesthésiste diplômé d'état en sont les deux acteurs principaux. L'infirmier anesthésiste se doit de travailler sur protocole prescrit par le médecin anesthésiste. Dans la réalité quotidienne l'infirmier anesthésiste travail très peu sur prescriptions.

Partant de ce constat, ce travail d'intérêt professionnel a consisté à identifier les raisons de cette absence de cadre et ce que cela engendrait sur le positionnement professionnel de l'infirmier anesthésiste du point de vue de son autonomie.

Ce travail a tenté de savoir ce qui se jouait pour l'Infirmier Anesthésiste dans ce fonctionnement où les limites de compétences sont abstraites et incertaines.

Il apparaît que de nombreuses zones d'incertitude fluctuantes demeurent dans un fonctionnement pourtant si règlementé et que se joue une lutte implicite de pouvoir au sein des équipes. Quotidiennement l'infirmier anesthésiste doit discerner les limites de sa fonction selon de multiples facteurs et peut faire appel à d'autres capacités pour gagner en autonomie et en épanouissement professionnel.

Mots-clés :

protocole, limites de fonction, zone d'incertitude, pouvoir, autonomie, marge de manœuvre