



CHU DIJON BOURGOGNE

Site de l'Hôpital François Mitterrand

Ecole I.A.D.E

10 bis Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny

BP 77908 - 21079 DIJON CEDEX

Tél. : 03.80.29.30.24

E-mail. IADE@chu-dijon.fr

UNE CONSULTATION COMPLEMENTAIRE D'ANESTHESIE (CCA) IADE, QUELS ENJEUX ?

Mémoire présenté en vue de l'obtention du :

Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste grade Master

Mémoire présenté par : **SCHUMAN Priscille**

Sous la direction de : **LOURDIN Sylvie**

Promotion : 2020-2022





CHU DIJON BOURGOGNE

Site de l'Hôpital François Mitterrand

Ecole I.A.D.E

10 bis Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny

BP 77908 - 21079 DIJON CEDEX

Tél. : 03.80.29.30.24

E-mail. IADE@chu-dijon.fr

UNE CONSULTATION COMPLEMENTAIRE D'ANESTHESIE (CCA) IADE, QUELS ENJEUX ?

Mémoire présenté par : **SCHUMAN Priscille**

Sous la direction de : **LOURDIN Sylvie**

Promotion : 2020-2022



« Les doutes d'aujourd'hui sont les seuls obstacles à notre épanouissement de demain »

F.D.Roosevelt

REMERCIEMENTS

L'école d'IADE s'est inscrite dans ma carrière à la suite d'un long processus de formation où beaucoup de professionnels ont joué un rôle prédominant. Je ne peux pas tous les citer, mais qu'ils sachent que je n'en oublie aucun. Ce mémoire est l'aboutissement de cette formation, il illustre une pensée qui m'est chère : « *La connaissance appartient à tous et elle se partage* ». Je remercie chacun des acteurs qui m'ont permis de réaliser ce travail qui aura eu comme maître mot : « *le partage avec mes pairs* ».

Merci à Mme LOURDIN Sylvie, mon maître de mémoire, pour sa guidance particulièrement bienveillante, sa grande disponibilité et son aide pour structurer mes pensées.

Merci à l'équipe des formateurs de l'école IADE de Dijon pour leur encadrement et leur disponibilité.

Merci à Dr JUNIOT André pour ses conseils avisés et la richesse de sa culture.

Merci à Dr CROS TERRAUX Nathalie pour ses conseils bibliographiques et le temps qu'elle m'a accordé.

Merci aux MAR, IADE, Cadre IADE qui ont accepté de participer à cette étude, sans eux rien n'aurait été possible.

Je tiens également à remercier mes collègues qui m'ont soutenue, conseillée durant ces deux années en particulier : Alexandre DARRE, Eve DUFOULON, Noémie Garance LHUILLIER.

Merci à mon binôme Laurie DUQUESNE sans qui ces deux années n'auraient pas été les mêmes.

Enfin, je remercie avec affection mon fils et mon partenaire de vie sans qui rien n'aurait été possible. Sans oublier toute ma famille de cœur qui aura été d'un soutien inestimable.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
SIGLAIRE	7
AVANT PROPOS.....	8
INTRODUCTION	9
1.CONTEXTE	12
1.1 HISTORIQUE DE L'ANESTHESIE :.....	12
1.1.1 La période pré-anesthésique.....	13
1.1.2 L'ANESTHESIE DEPUIS 1846.....	15
1.1.3 DU XX ^{ème} SIECLE A AUJOURD'HUI	18
1.2 HISTOIRE DES MEDECINS ANESTHESISTES	19
1.2.1 Le barbier chirurgien	19
1.2.2 La naissance de l'anesthésiste.....	22
1.2.3 Septembre 1951	24
1.3 HISTOIRE DES INFIRMIERS(ES) ANESTHESISTES.....	27
1.3.1 Naissance des premières infirmières anesthésistes à l'étranger	27
1.3.2 En France	28
1.3.3 L'année 1988 : L'exclusivité de compétence.....	29
1.3.4 Les années 1990 : Le diplôme d'Etat	30
1.3.5 Les années 2000 : Le grade Master	31
1.4 L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE ET L'IADE	33
1.5 LE BINOME MAR IADE	38
2. ENQUETE EXPLORATOIRE.....	42
2.1 METHODOLOGIE DE LA PHASE EXPLORATOIRE :	42
2.2 LA POPULATION :	43
2.3 ANALYSE DES ENTRETIENS :	43
2.3.1 Le rôle IADE en consultation	43
2.3.2 Le Binôme MAR/IADE en consultation.....	44

2.3.3 La satisfaction professionnelle par la consultation	44
3. CADRE CONCEPTUEL	46
3.1 LES PROFESSIONS.....	46
3.2 LA NOTION DE COLLABORATION ET DE COOPERATION	51
3.2.1 De la professionnalisation à la collaboration	51
3.2.2 Facteurs déterminants d'une bonne collaboration.....	53
3.2.3 Collaborer est-il coopérer ?.....	55
3.2.4 Coopérer ou enrichir de ses compétences.....	57
3.3 LA RELATION DE CONFIANCE	58
4. ENQUETE ET METHODOLOGIE.....	60
4.1 METHODOLOGIE	60
4.1.1 Choix de L'outil	60
4.1.2 Population	61
4.1.3 Faisabilité du projet.....	61
4.1.4 Organisation du focus group	62
4.1.5 Méthodologie d'Analyse.....	64
4.2 ANALYSE DU FOCUS GROUP.....	66
4.2.1 Hypothèse N°2 : La mise en place d'une consultation IADE renforce le binôme MAR/IADE dans une prise en charge péri opératoire.....	67
4.2.2 Hypothèse N°1 : La consultation IADE RENFORCE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT.....	75
4.2.3 Hypothèse N°3 : La consultation IADE participe à l'évolution et à l'enrichissement de la profession IADE	80
4.3 ELEMENTS DE DISCUSSION	86
Synthèse :	86
CONCLUSION.....	90
ANNEXES.....	91
BIBLIOGRAPHIE	105

SIGLAIRE

AAF : Association des Anesthésistes Français

CNPIA : Conseil National des Professionnels Infirmiers Anesthésistes

CNP ARMPO : Conseil National Professionnel Anesthésie Réanimation Médecine Péri Opératoire

IADÉ : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale interministérielle des Affaires Sociales

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

SEAA : Société d'Etudes sur l'Anesthésie et l'Analgésie

SFAA : Société Française d'Anesthésie et d'Analgésie

SFAAR : Société Française d'Anesthésie, d'Analgésie et de Réanimation

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SOFIA : Société Française des Infirmiers Anesthésistes

SFNEP : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

SNJAR : Syndicat National des Jeunes Anesthésistes Réanimateur

SNISFAA : Syndicat National des Infirmiers et Sages Femmes Aides Anesthésistes

SNPHAR-E : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi

WFSA : World Federation Societies of Anesthesiologists

AVANT PROPOS

Après dix ans d'évolution professionnelle comme Infirmière, j'oriente ma carrière vers la spécialisation d'infirmière anesthésiste. L'objectif premier étant d'approfondir mes connaissances et mon degré d'expertise. Cela ayant pour but d'assouvir ma curiosité intellectuelle mais surtout d'améliorer ma qualité de prise en charge auprès des patients.

Mes rencontres professionnelles ont eu un impact majeur dans cette orientation. Elles m'ont permis de comprendre le rôle et l'ouverture du champ de compétences de l'exercice IADE.

Mes deux années de formation ont été la concrétisation de ces idées. Mon appétence intellectuelle satisfaite et l'acquisition de nouvelles compétences m'ont permis de nouvelles perspectives et ouverture d'esprit.

Issue d'un milieu modeste j'ai toujours pensé que l'éducation et la connaissance sont la garantie du développement humain et ce qui lui permet de s'élever. Il ne faut jamais cesser de s'interroger pour tendre à mieux comprendre le monde qui nous entoure. Je ramène cela à ma profession d'infirmière qui a réussi par la formation à s'inscrire dans un schéma universitaire tourné vers la recherche par les sciences infirmières. Aujourd'hui future infirmière anesthésiste je souhaite m'inscrire dans cette démarche réflexive qu'il me semble primordial de développer au sein de cette profession. J'aborde donc le mémoire IADE avec un grand intérêt didactique.

INTRODUCTION

Année 2021, les dix-huit premiers infirmiers en pratique avancée sont diplômés à Dijon. Les demandes de reconnaissance statutaire de la profession IADE remplissent les discussions et les pensées. Nous vivons une page d'histoire tout comme celle de 1988 dans la profession IADE. Le monde de la santé change, évolue sous l'influence de considérations socio-économiques.

J'entends les craintes de mes pairs et ceux du corps médical, toutes peuvent se justifier et se comprendre. « Le IADE sera remplacé par des IPA, les IADE veulent remplacer les médecins anesthésistes, la démedicalisation du système de santé, médecine à deux vitesses... » La communication est compliquée quand elle est empreinte de peurs et de représentations. Sans vouloir aborder une polémique, sans doute riche de débats instructifs, un questionnement m'apparaît : La profession IADE doit-elle évoluer pour survivre ? Les intérêts de ces deux professions, MAR et IADE, ne peuvent-ils trouver un sens dans leur collaboration constante et la revalorisation de ce binôme ?

Au-delà de cette interrogation, je me pose la question de la pleine utilisation des compétences du binôme MAR/IADE et du moment où celui-ci se met en place, interpellée par le temps d'accueil qui m'est imparti pour cibler les besoins du patient au bloc opératoire. Je demande à suivre plusieurs médecins anesthésistes en consultation pour mieux comprendre la prise en charge en amont et pourquoi le binôme MAR/IADE ne semble commencer qu'au bloc opératoire. Ces consultations m'ouvrent vers une réalité simple : le temps imparti aux MAR pour les réaliser et la difficulté différente de chaque consultation. Le MAR tend depuis 1985 à faire du moment de consultation d'anesthésie un moment le plus qualitatif possible. Cela malgré des plages horaires difficiles à tenir et un nombre de prises en charge qui augmente. Comment son binôme (le IADE) n'a-t-il pas encore pris sa place pour coopérer afin de l'aider dans celle-ci ? Mais peut-il avoir une place ?

Le développement des prises en charges alternatives est en pleine expansion (hypnose, sophrologie, manupuncture coréenne...) Pourquoi la proposition de ces compétences et l'accompagnement du patient, dans un moment considéré comme une épreuve de stress aigu, ne donne-t-il pas lieu à un temps d'échange prévu à leur présentation ? En parallèle nous assistons à l'essor de la chirurgie ambulatoire et des protocoles de réhabilitation précoce. Des professionnels investis m'ont permis encore une fois de les suivre dans ces prises en charge. Celles-ci se développent autour de la consultation réalisée par une infirmière. Elle a pour mission de faire le lien entre la consultation anesthésique la consultation chirurgicale et la préparation au bloc opératoire. Mais son travail ne s'arrête pas là. Elle réalise un suivi péri-opératoire du patient et ajoute une valeur éducative, qualitative et relationnelle. En participant à ces consultations j'entrevois ce qui me semble être une valeur ajoutée des compétences et connaissance d'un IADE sur certains points.

Il est évidemment hors de question de remettre en cause la consultation d'anesthésie qui est un acte médical à part entière, mais de comprendre la valeur ajoutée de cette coopération.

Pour conclure mon questionnement, je dégage trois axes d'intérêt :

- La profession IADE face aux restructurations dans l'organisation du système de santé.
- L'ouverture du champ de compétences des IADES doit-il faire l'objet d'un temps imparti ?
- Le binôme MAR/IADE peut-il améliorer la prise en charge des patients par une meilleure collaboration ?

Ces trois axes trouvent-ils une réponse dans les enjeux d'une consultation IADE ? Partant de ces constatations et interrogations, je commence dans un premier temps une recherche bibliographique via des mots clés tels que : Consultation, Professions, Collaboration, Coopération, Interprofessionnalité, Historique des professions...

En parallèle, je débute ma recherche par l'étude historique de la profession de médecin anesthésiste et d'infirmier anesthésiste diplômé d'état. Dans un second temps pour

comprendre les tenants et aboutissants de ce sujet et structurer mon questionnement, je réalise une enquête exploratoire auprès d'IADE justifiant d'une expérience professionnelle importante et ayant déjà réalisé des consultations paramédicales. Dans la troisième partie de ce mémoire je définirai le cadre théorique de ma recherche. Enfin dans une quatrième partie j'exposerai la méthodologie de mon enquête principale et l'analyse qu'il s'en est fait.

1.CONTEXTE

1.1 HISTORIQUE DE L'ANESTHESIE :

Pour comprendre qui nous sommes et vers quoi nous tendons, sachons d'où nous venons. Pour cela réalisons un abrégé de l'histoire des professions autour de l'anesthésie. Je débuterais par la citation de Fernand BRAUDEL¹ : « *L'histoire n'est pas autre chose qu'une constante interrogation des temps révolus au nom des problèmes, des inquiétudes et des angoisses du temps présent.* »

S'il y a une date à retenir, souvenons-nous du 16 octobre 1846(1). Cette date marque la reconnaissance au niveau mondial de la naissance de l'anesthésie par William T.G. MORTON. Celui-ci réussit la première anesthésie à l'éther lors d'une démonstration publique au *Massachusetts General Hospital de Boston*(2) . Même si l'histoire de l'anesthésie trouve ses fondements depuis l'antiquité, le XIX^{ème} siècle marque un tournant important dans son histoire. Celle-ci, relatée de manière méthodique par certains auteurs comme Marguerite ZIMMER², illustre le désir qu'ont eu de nombreux professionnels d'apporter une réponse à la douleur et cela depuis les temps antiques.

La douleur, un mot au cœur de notre profession et aux origines de celle-ci. Commençons donc par la définir. Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) elle est : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle* »(3). L'homme n'a eu de cesse de trouver des réponses à ces maux, eux même sous l'influence de multiples facteurs

¹ Fernand Paul Achille BRAUDEL, (1902-1985). *Historien Français attaché aux sciences humaines, il dirigera "la revue les Annales"*.

² L'ouvrage de Marguerite ZIMMER : "*Histoire de L'anesthésie*", sera la référence principale pour la partie historique de l'anesthésie dans ce mémoire.

physiologiques, sociaux et personnels. En gardant la date du 16 octobre 1846 comme point de référence, regardons ce qui a permis de cheminer jusqu'à cette date, puis tous ce qui en a découlé ensuite.

1.1.1 La période pré-anesthésique

Au néolithique, alors que l'agriculture apparaît, il y a fort à penser que l'homme ait découvert les plantes qui pouvaient être néfastes sur sa santé, ou à contrario bénéfiques. On retrouve la trace des premiers textes médicaux vers 3000 avant Jésus Christ à l'apparition de l'écriture. Dans l'antiquité la médecine est intimement liée à la religion. Chez les Babyloniens, les prêtres-médecins *ashigus* utilisaient des traitements symptomatiques à base de produits naturels, plantes, animaux ou produits minéraux.

Les papyrus retrouvés en Égypte de 2900 à 332 av. J.-C, font état d'une connaissance déjà poussée pour traiter le corps de l'Homme. Cette connaissance est indissociable de leurs croyances religieuses. Ils associaient les incantations et prières aux médicaments issus de mélanges à base de substances naturelles telles que : l'argile, la terre, l'arsenic, le pavot, la sauge, le sycomore ou encore la belladone. Le corps et l'âme étaient traités dans leur ensemble. Ils étaient même précurseurs dans leur profession puisque déjà organisés en spécialités.

L'inhalation de vapeur de cannabis chez les scythes, l'utilisation du chanvre indien en fumigation en 550 av. J.-C ou celle des racines de mandragore administrées pour limiter les souffrances de la fin de vie illustrent toutes l'importance donnée aux plantes pour diminuer la perception douloureuse dès le début de l'humanité. A cette époque on utilise une éponge que l'on va imprégner de ces différentes plantes à des visées anesthésiques.



Figure 1 : Eponge somnifères

Vers l'an 1200, Albert le Grand, connu aussi sous le nom d'Albertus MAGNUS, un théologien, chimiste et naturaliste aurait déjà manipulé le chloroforme. Nous retrouvons dans ses écrits : « *Aqua arden du liber marabilis mundi* »(4) *Interprété du latin comme « l'eau ardente libérée des merveilles du monde. »*

Au XVI^e siècle nous retrouvons les prémices de l'éther par l'intermédiaire du médecin suisse Paracelse qui mélange de l'acide sulfurique (appelé jadis le vitriol) avec de l'alcool. C'est grâce à son assistant Valerius CORDUS que nous en connaissons aujourd'hui la recette. En observant les qualités de ce mélange, ils concluront sur ses vertus anesthésiante et analgésique. Paracelse le nommera « l'huile douce de soufre ».

Un autre alchimiste, Giambattista BELLA PORTA, s'inspire des éponges anesthésiques de l'antiquité et les remplace par ce qu'il appellera des pommes, imprégnées d'Aqua Ardens et de distillats végétaux. Elles étaient alors humidifiées puis tenues dans la main pour être humées et ainsi induire l'immobilité et la perte sensitive chez le sujet.

Nous pouvons parler aussi de diverses méthodes qui trouvent leurs racines dans cette période historique. Citons la compression des vaisseaux sanguins pour induire la perte de



Figure 2 : Tourniquet de Jean Louis PETIT
XVIII^e siècle

connaissance ou encore l'analgésie par le froid décrit sous la période napoléonienne. N'oublions pas l'hypnose alors déjà utilisée par les Égyptiens. Elle rentrera réellement dans l'ère moderne avec le Mesmérisme en 1780.

L'acupuncture, le massage et la théorie des flux énergétiques trouvent quant à eux naissance dans la médecine traditionnelle chinoise. Celle-ci réalise une approche holistique englobant l'aspect spirituel et physique du patient.

En Europe la médecine est synonyme d'obscurantisme. Nous sommes au Moyen Age, où seuls certains moines pratiquent encore quelques gestes médicaux. Mais toute recherche ou questionnement est prohibé de peur d'être jugé et condamné pour hérésie. A la même époque, nos voisins de l'empire Ottoman entre le XI^{ème} et XIII^{ème} siècle créaient des « *maisons de sagesse* »(5) pour y enseigner les illustres noms de l'antiquité : Hyppocrate, Galien... Ils s'imposèrent comme une civilisation innovante et brillante dans des domaines tels que l'hygiène, la pharmacologie, la création d'hôpitaux ou la recherche clinique. Abu al Quasim al Zahrawi, grand chirurgien, fut enseigné à travers son ouvrage le *Tasrif*(5) dans les universités de médecine à Montpellier ou à Salerne.

C'est grâce à cette civilisation que l'Occident enrichit son savoir antique par l'apport des nouvelles connaissances arabes et ainsi redécouvre la science et la médecine.

Autant de civilisations qui par leurs recherches ont permis de faire avancer le monde de l'anesthésie moderne. Cette porte sur la modernité n'aurait pas pu s'ouvrir sans une grande découverte : la morphine. Celle-ci fut découverte par Friedrich Wilhelm Adam SERTURNER qui en démontra les propriétés analgésique et hypnotique en 1817.

1.1.2 L'ANESTHESIE DEPUIS 1846

Depuis la première anesthésie inhalatoire à l'éther par William T.G MORTON, la spécialité d'anesthésie n'a eu de cesse de se développer. L'éther et le chloroforme restant les agents de choix, pour lesquels de multiples appareils furent créés afin de satisfaire les chirurgiens.

Nous pouvons les observer au musée de l'anesthésie de Besançon(6) ou encore à l'étranger dans le musée Horst-Stoeckel dont j'ai pu faire la découverte grâce à la célèbre exposition sur le matériel d'anesthésie de 2004 de Cazalaà J-B(7). Nous pouvons en visualiser les plus connus ci-dessous.



Figure 3 : Inhalateur d'éther de charrière 1847



Figure 4 : Inhalateur de Morton 1846

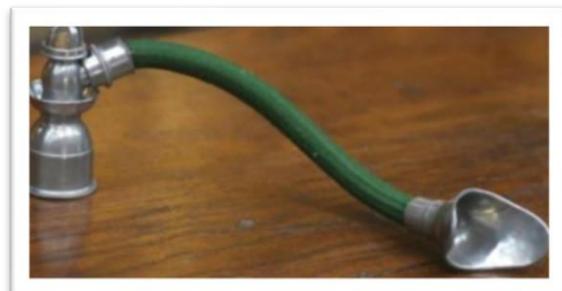


Figure 5 : Inhalateur de chloroforme Charrière 1847

L'utilisation peu maîtrisée de l'éther et du chloroforme a nécessité de multiples ajustements. John SNOW, premier médecin anesthésiste anglais(8) du XIX^{ème} siècle, fut l'un des premiers chercheurs à étudier le bon usage de ces deux gaz afin de réduire la mortalité induite par un dosage jusqu'alors approximatif. Il théorise pour la première fois la notion de concentration de produit, la posologie et la notion de surdosage. Il invente le premier vaporisateur et explique les premiers signes d'installation de la narcose précurseurs des stades de GUEDEL. Il fut reconnu grâce à l'anesthésie qu'il réalisa pour l'accouchement de la reine Victoria en 1853 qu'il effectue sous analgésie au chloroforme, cette méthode reçut le qualificatif "*d'anesthésie à la reine*"(9).

Joseph PRIESTLEY (1733-1804) réussit à isoler le gaz carbonique et l'oxygène et produit l'oxyde d'azote nitreux, mais n'en développera pas les vertus. Le protoxyde d'azote encore utilisé à l'heure actuelle, est redécouvert par un dentiste américain, Horace WELLS. Il assiste à une présentation de ce gaz faite par un chimiste en 1844 et s'aperçoit de ses propriétés analgésiques lorsqu'un de ses amis teste l'effet du gaz sur lui-même et chute s'enfonçant un clou dans le pied. Celui-ci reste insensible à la douleur. Après cela WELLS s'arrachera lui-même une dent pour vérifier son observation. Aidé par son ancien étudiant W.T.G MORTON, il présente le protoxyde d'azote le 20 juillet 1845 dans un hôpital. Malheureusement, à la suite d'une mauvaise administration, l'expérience ne convainc pas l'assemblée et le protoxyde d'azote est délaissé pendant un temps.

L'éther dont les pouvoirs narcotiques sont découverts par Michel FARADAY (1791-1867), permet la réalisation de la première anesthésie générale par W.T.G MORTON. La première amputation sous éther en France est faite par le chirurgien Alfred VELPEAU.

Après 1847 l'anesthésie continue d'évoluer avec les connaissances approfondies faites sur la physiologie respiratoire et le principe des échanges gazeux sanguins. Elle se perfectionne grâce à la chimie et à la pharmacologie. Les premiers médicaments de synthèse furent les gaz aux formules chimiques simples.

Claude BERNARD découvre en 1844 l'action des curares sur la jonction neuro musculaire. Il proposera 16 ans plus tard les premières anesthésies balancées par l'association morphine chloroforme.

Puis c'est au tour du chimiste Adolf VON BAEYER de synthétiser l'acide barbiturique en 1864. Premier anesthésique par voie intraveineuse, il est l'ancêtre de son dérivé le penthotal. Au XIX^{ème} siècle se développeront de manière exponentielle de nombreux médicaments : acétylcholine chlorure, paracétamol, acide acétylsalicylique...

1.1.3 DU XX^{ème} SIECLE A AUJOURD'HUI

Ce siècle connu une accélération dans tous les domaines scientifiques, médicaux ou techniques. La médecine se diversifie. Elle se spécialise aussi et s'organise autour de diverses disciplines : biologie moléculaire, neuropsychiatrie, génétiques... Le monde de la chirurgie est bien loin des tabliers ensanglantés des débuts. Le professeur Ombrédanne, chirurgien français, permet de sécuriser l'anesthésie avec le célèbre masque d'Ombrédanne qui permet de moduler l'anesthésie. Il sera utilisé pendant cinquante ans en France. L'anesthésie progresse en parallèle des techniques de réanimation qui évoluent. La découverte des méthodes d'anesthésies étrangère faite lors de la seconde guerre mondiale permet l'avancée des techniques de réanimation. C'est l'introduction des appareils automatiques de ventilation, des ballons auto-gonfleurs équipés de valves (Ruben, Laerdal). L'anesthésiste pouvait alors ventiler le patient avec de l'air ambiant ou enrichir son mélange avec de l'oxygène si la structure en possédait. Les chirurgies lourdes et conservatrices prennent naissance. La guerre et ses mutilés aura permis le développement des prothèses pour remplacer les membres. Les insoutenables expériences opérées dans les camps de concentration par les « médecins de la mort » comme ils furent appelés, participent funestement à une meilleure connaissance de la réanimation.

Devant tant de progrès et d'évolution qu'en est-il de la place du médecin anesthésiste ?
Quand l'anesthésie est-elle devenue une spécialité à part entière ?

1.2 HISTOIRE DES MEDECINS ANESTHESISTES

Après avoir donné un aperçu de l'apparition de l'anesthésie, intéressons-nous maintenant au médecin anesthésiste et à l'histoire de cette profession.

1.2.1 Le barbier chirurgien

Au XI^{ème} siècle les universités prennent vie. Avec elles, les premières écoles de médecine occidentales voient le jour ; l'école de médecine de Salerne, au sud de l'Italie puis celle de Montpellier. A cette époque on enseigne la médecine et la chirurgie de manière commune. Citons le nom de François RABELAIS, illustre étudiant en médecine ou celui de Guy de CHAULIAC, tous les deux élèves puis enseignants à l'école de médecine de Montpellier. Au XIV^{ème} siècle une scission se réalise entre médecine et chirurgie. On sépare ces deux pratiques et leurs enseignements.

La médecine prend ses lettres de noblesse et son essor. Elle devient organisée et reconnue. Elle encadre sa pratique par des textes législatifs garantissant son exercice. La chirurgie quant à elle, est considérée comme un « *art inferieur* »(5) . Cette image peu glorieuse est sûrement liée à la condamnation des actes chirurgicaux par l'église au Moyen Age. Les seuls à pratiquer encore de petits actes chirurgicaux, sont ceux qui ont été appelé les barbiers chirurgiens. Le terme barbier fait référence à cette époque à trois corps de métiers différents :

- **Le barbier perruquier**, ancêtre des coiffeurs, ne s'occupait que des têtes princières
- **Le simple barbier** dont l'activité de rasage était indiquée par une enseigne représentant un bassin blanc
- **Le barbier chirurgien** pratiquant quant à lui de petites interventions chirurgicales, avec sur son enseigne un bassin jaune.

Au X^{ème} siècle le médecin considère la chirurgie comme un art inferieur, il est lui penseur de la médecine, s'exprime en latin et intellectualise les maladies de l'époque. C'est le barbier chirurgien sous l'accord de Charles VII, qui obtient le droit de raser, couper barbes

et cheveux et d'effectuer la petite chirurgie (saignées, petites blessures, extractions dentaires).

En 1311 une ordonnance de Philippe le Bel sanctuarise la profession : seuls sont autorisés à pratiquer la chirurgie ceux qui ont été examinés par les chirurgiens-jurés de Paris. Jean PITARD, le chirurgien juré du roi, va créer la première confrérie de chirurgiens afin de défendre et valoriser leurs pratiques : la confrérie de Saint Côme. Celle-ci formera peu après un collège d'enseignement chirurgical.

Lors de la Renaissance (XV^{ème} et XVI^{ème} siècle), l'invention de l'imprimerie permettra l'essor des connaissances. Epoque glorieuse par ses inventions et découvertes, elle marquera la médecine et la chirurgie dans le domaine de l'apprentissage de l'anatomie. La dissection humaine à but scientifique redevient possible. André VESALE, grand anatomiste, privilégiera cette méthode lors de ses enseignements.

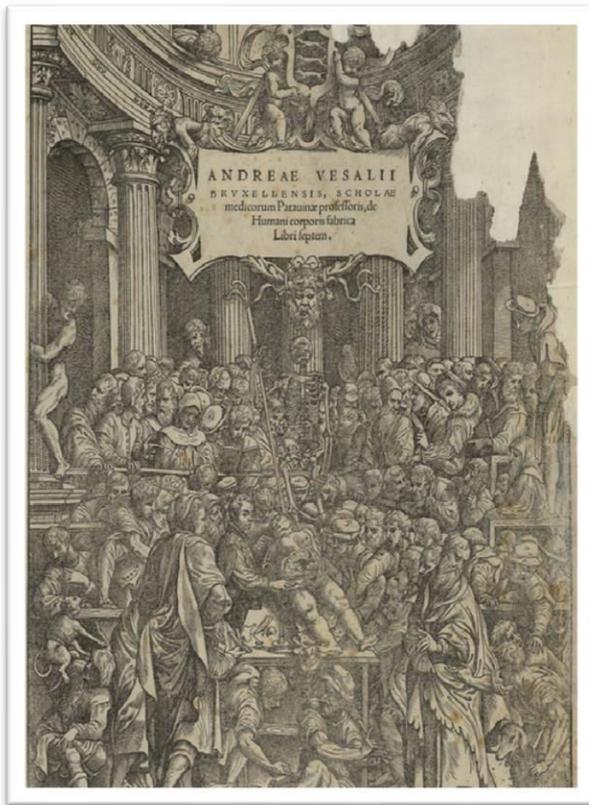


Figure 6 : Gravure sur bois 1543 (10)

Cette gravure sur bois de 1543 montre une dissection publique et les discussions qu'elle engendre. Elle est issue du livre « *De humani corporis Fabrica* »(10), un ouvrage riche par

ses planches anatomiques et ses illustrations soignées. VESALE va compléter les connaissances médicales reposant sur l'enseignement de GALIEN ou d'HIPPOCRATE grâce à la dissection anatomique.

Grâce à l'acquisition des connaissances anatomiques, la pratique de la chirurgie se perfectionne. Ambroise Paré, célèbre chirurgien-barbier des rois tels que François Ier ou Henri II, sera un précurseur dans son domaine. Il se fait connaître comme le chirurgien des champs de bataille. Son expérience des blessures de guerre lui fera abandonner les anciennes méthodes de ses pairs qui utilisaient le fer rouge pour cautériser les plaies ou l'huile bouillante. Il innovera grâce à ces techniques plus douces : applications d'onguent sur les plaies, ligatures des artères, amputations, réductions de fracture... (11). Il écrira un livre à l'attention des barbiers chirurgiens: «*La méthode de traicter les playes faictes par les arquebutes et aultres bastons à feu ; et celles qui sont faictes par flèches, dardz et semblables, aussi des combustions spécialement faictes par la poudre à canon*».(12)

Il faudra cependant attendre le XVIII^{ème} siècle pour que les chirurgiens deviennent médecins, et que l'académie royale de chirurgie soit fondée, nous sommes alors en 1731.

L'anatomie physiologique et pathologique, l'avancée des instruments dits de précision (microscope, thermomètre) ou encore les cabinets d'expériences permettront à la chirurgie d'avancer vers le XIX^{ème} siècle.

Mais la réelle révolution se définit en deux mots : « asepsie et antiseptie ».

La découverte des maladies infectieuses permet de réduire l'impact de la mortalité due aux infections post chirurgicales. Avant cela on opérait à mains nues, les règles d'hygiène les plus sommaires n'existaient pas. Le travail du chirurgien était valorisé à la quantité de sang sur sa blouse. Les instruments de chirurgie ne connaissaient pas encore la stérilisation. Les bandes de gazes appliquées sur les malades eux-mêmes pouvaient être d'apparence douteuse.

Joseph LISTER comprit que la surinfection provoquée par les microbes pouvait être diminuée par le lavage des mains ainsi que des soins antiseptiques. PASTEUR et CHAMBERLAND permettront, eux, l'asepsie basée sur le principe de stérilisation.

Comme nous l'avons énoncé la chirurgie était surtout pratiquée en temps de guerre. Malgré ces progrès, la mortalité péri-opératoire restait élevée, tant par les infections que par la douleur intense provoquée par l'acte chirurgical. Les chirurgiens cherchent à réduire cette mortalité. Les techniques d'hémostase se développent en parallèle. Pour résumer, l'entrée dans l'ère moderne passera par l'asepsie, l'antisepsie mais surtout l'essor de l'anesthésie.

1.2.2 La naissance de l'anesthésiste

Issu de cette histoire, l'anesthésiste voit le jour en France après la seconde guerre mondiale. Avant cela l'anesthésie était l'affaire du chirurgien qui confiait cette tâche à la sœur, le chauffeur ou le garçon de salle. Il fallut attendre 1934 pour que soit créée la première société française d'anesthésie par le professeur Robert MONROD, un chirurgien. Dénommée à cette époque Société d'Etudes sur l'Anesthésie et l'Analgésie (SEEA), la société est alors composée d'une centaine de membres venant de disciplines confondues mais seulement de 4 anesthésistes. MONROD déclare à cette époque : « *L'objectif de la nouvelle société n'est pas de devenir une société d'anesthésie* »(2) On comprend bien qu'à cette époque le chirurgien garde une place discrétionnaire vis-à-vis du médecin.

En 1936, une demande de création d'un poste d'assistant anesthésiste est faite directement auprès de l'assistance publique de Paris. Celui-ci restant sous l'autorité du chef de service de chirurgie.

Ernest KERN, médecin généraliste pratiquant l'anesthésie à cette époque, raconte dans ses mémoires :

« Avec un suprême dédain, la sœur régnant sur les salles d'opérations me lança une pièce de cent francs anciens... la somme qu'elle avait l'habitude d'allouer, à la fin de chaque anesthésie, au garçon de salle qui traditionnellement tenait le masque d'Ombredanne. or cette anesthésie (par le cyclopropane) m'était revenue cinq fois plus cher ».(13)

Malgré la création de postes d'assistants anesthésistes, le nombre de médecins pouvant les combler reste mineur. Devant une seconde guerre mondiale qui se dessine, l'état et le service de santé des armées vont tenter de pallier cette pénurie : ils formeront des infirmières à l'anesthésie capables d'assurer les premiers postes en ambulance. Nous sommes à la veille de la seconde guerre mondiale, en 1939, quand sont enfin organisées les 13 premières leçons destinées aux 6 médecins anesthésistes membres de la SEEA (Ernest KERN, George JACQUOT, Jacques BOURREAU, Louis AMIOT, Nadia du BOUCHET, Geneviève DELAHAYE-PLOUVIER).

Il faudra pourtant attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour se rendre à l'évidence : la France a un retard évident à combler en comparaison de ses pays voisins. Ce retard sera rattrapé petit à petit grâce notamment à des médecins tels que E. KERN. Contraint de fuir la France pour Londres en 1942, il rapportera après la guerre toutes ses observations sur l'utilisation des respirateurs et du circuit de ventilation fermé déjà utilisé en anesthésie anglo-saxonne. Cela lui permet de concrétiser sa vision de l'anesthésiste comme un spécialiste à part entière nécessitant une grande exigence. L'anesthésiste à ce moment n'est autre qu'un médecin généraliste itinérant pratiquant l'anesthésie au service des chirurgiens. Il raconte : « *Comme je n'avais pas de voiture, il me fallut emprunter le métro. Je me déplaçais portant dans la main droite un lourd appareil d'anesthésie, dans la main gauche une serviette bourrée de produits et d'instruments, et sur le dos, un sac où étaient rangées des bouteilles d'oxygène, de protoxyde d'azote et de cyclopropane* ». (13) L'article 42 du code de déontologie stipule bien le droit du chirurgien « *de choisir son aide ou ses aides-opérateurs ainsi que l'anesthésiste* ». (14)

La SEEA, renommée depuis 1938 SFAA, Société Française d'Anesthésie et d'Analgésie organise la première assemblée générale d'après-guerre en 1946. Robert MONOD le président déclare : « *On nous a reproché, un peu avec raison, d'avoir fait une société trop savante, une société tournée vers la recherche et de n'avoir pas donné une part assez grande à la pratique* » (2) il met ainsi en évidence le retard de l'anesthésie en France comparé à ses voisins étrangers. Le Certificat d'Enseignement Spécialisé en Anesthésie (CESA) est créé. En parallèle, plusieurs anesthésistes se mobilisent pour la reconnaissance de leur profession. Ils créeront le syndicat national des anesthésistes réanimateurs.

La société souhaite bel et bien une amélioration de l'anesthésie et cela ne pourra passer que par la légitimité et la reconnaissance des médecins anesthésistes. Pourtant, encore peu nombreux ils restent apparentés et confondus avec les aides anesthésistes. Ces aides anesthésistes sont à l'époque le plus souvent des infirmières. Cette assimilation faite par les chirurgiens va marquer l'histoire de la collaboration chirurgiens anesthésistes. Le Pr Jean BAUMANN dit : « *Le médecin spécialiste doit, très légitimement être beaucoup plus largement honoré qu'un auxiliaire. [...] Le développement et la reconnaissance de la spécialité est donc un objectif à atteindre pour la nouvelle discipline.* »(2)

Le CES (Certificat d'Etudes Spéciales) d'anesthésiologie est institué le 18 novembre 1948

« *Le titre d'anesthésiste : Les prérogatives du diplôme de docteur en médecine ne sont point diminuées par la spécialisation en anesthésie. Mais seuls peuvent porter le titre et s'en prévaloir auprès des autorités administratives, les docteurs en médecine titulaires du certificat d'anesthésiologie et inscrits sur une liste adjointe au tableau de l'ordre départemental des médecins.* »(15)

1.2.3 Septembre 1951

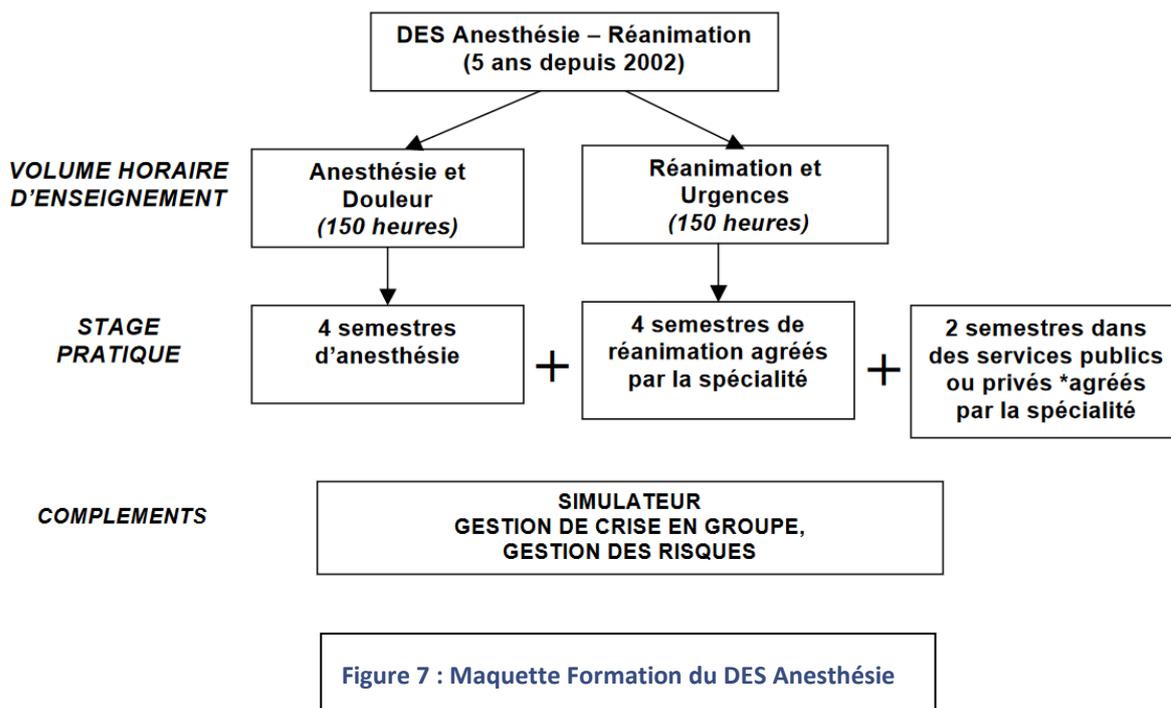
Le premier congrès international des sciences médicales est organisé par la SFAA. Trente-deux pays vont y participer. Les critiques faites par les anesthésistes étrangers quant au statut de leurs confrères français vont encourager la société à transmettre sa direction aux anesthésistes. La SFAA incitera également les chirurgiens à s'en retirer. En raison du nombre d'anesthésistes (19 sur 120 membres) cette transition se fera sur plusieurs années. Le premier président anesthésiste Louis AMIOT est élu en 1955. En 1957 la SFAA devient la Société Française d'Anesthésie, d'Analgésie et de Réanimation (SFAAR). Son président est alors Jacques BOURREAU. Il fait partie également du WFSA (*World Federation of Societies of Anesthesiologists*). Soucieuse de l'apport des nouvelles connaissances, la société n'aura de cesse d'organiser des journées formatives précurseurs des congrès que nous connaissons aujourd'hui.

Le CES (Certificat d'Etudes Spéciales d'Anesthésiologie) de 1948 repris par décret en 1952 qualifie le titulaire aux yeux de l'administration. En 1954 le Pr MOULONGUET souhaite l'autonomie de l'anesthésiologiste et l'amélioration de ses conditions professionnelles en termes de valorisation salariale.

En 1960 une scission se crée sur une discorde entre le président J. BOURREAU et P. HUGUENARD, son secrétaire, qui signera le départ de HUGUENARD de la SFAA. Cette division conduira à la création de l'AAF (*Association des Anesthésistes Français*). Cette association regroupera les adeptes de l'anesthésie potentialisée prônée par le chirurgien Henri LABORIT.(16)

Louis LARENG, président de l'AAF de 1964 à 1972, obtiendra la légitimité de l'anesthésie par l'intégration des sections d'anesthésie et réanimation au programme de médecine. On lui doit également la création du SAMU.

En 1976, Simone VEIL (alors Ministre de la Santé) crée une commission nationale d'anesthésiologie : l'UFAR (Union Française d'Anesthésie Réanimation) regroupant la SFAAR et l'AAF, dans le but de réunir les deux camps. Au total vingt ans se déroulent entre la division de l'anesthésie et son regroupement. C'est de cette union qu'est née la SFAR en 1981. Cette association indépendante a pour mission de veiller à la formation des anesthésistes réanimateurs ainsi que de garantir et améliorer la qualité des soins. Elle ajoutera des années plus tard la sécurité des gestes effectués en anesthésie réanimation et le soutien à la recherche dans ce même domaine. Fièbre de son passé, elle est aujourd'hui l'élément central en matière de recommandations et de formations dans ce secteur. Le 23 décembre 1982, est le jour qui finalise le CES en faveur d'un internat qualifiant. L'allongement de la durée de spécialisation arrive à 5 ans. L'anesthésie réanimation est aujourd'hui une spécialisation dont l'importance n'est plus à remettre en cause.



Le diplôme d'étude spécialisé en anesthésie-réanimation comporte quatre composantes : l'anesthésie, la réanimation, les soins d'urgences et la douleur. Cette diversité au sein d'une même spécialité impose un investissement approfondi dans ses différents domaines par le biais de formations transverses. Si la valeur et l'intérêt d'un médecin anesthésiste ont dû être prouvés au prix de beaucoup d'efforts, ils sont aujourd'hui respectés et recherchés.

Pourquoi détailler toute cette histoire de l'anesthésiste ? Parce que si nous voulons comprendre notre future profession d'Infirmier Anesthésiste, décrite par Elisabeth BALAGNY comme un « *combat* »(9), nous devons comprendre que celle des médecins anesthésistes, l'a été tout autant. Il leur aura fallu à eux aussi combattre pour atteindre la reconnaissance de leur utilité publique pour le bien du patient. Cette histoire nous permettra peut-être une meilleure collaboration et une démarche conjointe et unie pour l'avenir de l'anesthésie.

1.3 HISTOIRE DES INFIRMIERS(ES) ANESTHÉSISTES

La SFAR donne la définition de l'infirmier anesthésiste suivante : « *Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) sont les proches collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Infirmiers spécialisés, ils sont habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence ; leur activité doit être à la mesure de leur qualification. Ils ne se substituent pas aux médecins anesthésistes-réanimateurs qu'ils assistent, mais qu'ils ne remplacent pas.* »(17)

Revenons un peu sur la création de cette spécialité pour comprendre pleinement cette définition. En parallèle de l'histoire des médecins anesthésistes, il y a eu celle des infirmiers, qui à l'époque n'étaient autres que des Sœurs qui sont suppléées dans les années 1900 par les infirmières. Ce changement est permis grâce l'initiative de Florence NIGHTINGALE qui crée la première école d'infirmières.

1.3.1 Naissance des premières infirmières anesthésistes à l'étranger

En Amérique, Sœur Marie BERNARD et Sœur Alice MAGAW sont deux aides opératoires précurseurs du métier d'IADE. Puisqu'elles seront dédiées aux gestes anesthésiques sous la responsabilité du chirurgien. Sœur Alice MAGAW sera l'une des premières à croire au rôle de l'infirmière en anesthésie et à s'investir dans la formation, le tutorat et la recherche dans ce domaine.

Dans les années 1900-1930 une autre infirmière : Agatha HODGINS, infirmière dédiée à un chirurgien, accompagnera les ambulances américaines lors de la guerre de 14-18 en France. Elle va enseigner à l'infirmière française le mélange oxygène protoxyde d'azote.

Elle fonde l'école du *LIKESIDE HOSPITALE* école d'anesthésie. Elle fondera la National Association Of Nurse Anesthetists (NANA). Aujourd'hui American Association of Nurse Anesthetists (AANA), la plus ancienne association d'infirmiers anesthésistes reconnue et promue par l'Etat.

1.3.2 En France

Comme écrit précédemment, le bloc opératoire est sous la gouvernance du chirurgien. Celui-ci peut attribuer à qui il souhaite la tâche d'endormir le patient, la Sœur, l'infirmière ou le garçon de salle. Il faudra donc attendre l'influence des anesthésistes américains après la seconde guerre mondiale, pour que les infirmières puissent participer, à côté des médecins et des sages-femmes, à l'enseignement commun de 13 leçons et de 4 semaines de stages sur l'anesthésie à la faculté de Médecine en 1947.

En 1949 est ouverte la première école destinée à la formation des paramédicaux, qui leur octroie une attestation d'études. Cette formation voit le jour, car elle répond à une demande d'aides anesthésiques au vu du nombre trop minime de médecins. C'est donc sous la responsabilité du chirurgien que l'infirmière travaille en nombre majoritaire dans les blocs opératoires. Anne de CASAMAJOR et Jean BLOCH créent le (SNISFAA) Syndicat National des Infirmiers et Sages Femmes Aides Anesthésistes. (18)

En 1960 le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste est défini. En 1961 un réel programme de formation voit le jour, d'une durée de 18 mois (décret de 1960). Il sera sanctionné par un certificat d'étude rendant apte à la pratique d'Infirmière Aide Anesthésiste (IAA). Cette reconnaissance met fin à l'anesthésie faite par des aides non formées. L'IAA s'inscrit dans la filière des infirmières spécialisées, seules autorisées à administrer une anesthésie avec les sages femmes.

Cette formation est fortement réprimée par les médecins qui la jugent exorbitante et qui voudraient que soit reconnue l'exclusivité de l'anesthésie générale aux médecins. L'IAA, tout comme le médecin exerce alors en profession libérale ou directement employé par le chirurgien. En 1967 le professeur BAUMANN demande à l'académie de Médecine la suppression pure et simple des IAA. Mais devant la nécessité des IAA, le Ministère s'opposera à cette missive. Il travaillera avec le SNIAA à la mise en place d'un nouveau programme d'études. Anne CASAMAJOR devient présidente au conseil supérieur des infirmiers. En 1971 le programme d'études aboutit à la fin de la formation en faculté de médecine et à l'ouverture de plusieurs écoles en France destinées à la formation des IAA à temps plein.

En 1974 les syndicats médicaux déposent auprès de Simone VEIL un amendement visant à faire disparaître les IAA. Le SNIAA se défend immédiatement aidé à ses côtés par des directeurs d'hôpitaux mais également des médecins anesthésistes opposés à cet amendement. L'amendement est retiré in extremis. Mais le mal est déjà fait : la profession reste divisée. D'un côté, les anciens qui souhaitent rester en libéral et de l'autre ceux qui comprennent qu'il est impossible de ne pas évoluer. Le métier évolue, l'arrivée des jeunes médecins inscrit l'IAA dans une équipe d'anesthésie. Ils travaillent alors en complémentarité sous le couvert d'un cadre issu de cette spécialité. Petit à petit l'exercice libéral s'éteindra au profit du service public ou de l'emploi privé par des médecins anesthésistes.

Mais pour la dernière fois de l'histoire, une nouvelle remise en cause des IAA via le décret 81-539 du 12 Mai 1981(19) est faite par les médecins anesthésistes. Ils demandent cette fois que l'anesthésie générale soit retirée de la liste des actes infirmiers. Le SNIAA ne baisse pas les bras : *« et déploie une liste de plus 100 gestes contribuant à la réalisation de l'anesthésie générale, mais sans en écrire les mots. L'académie de Médecine capitule. »*(9) Les médecins anesthésistes essaieront cependant de réduire le champs de compétence du décret de 1984.(20)

1.3.3 L'année 1988 : L'exclusivité de compétence

Le décret de 1988 met fin à la contestation faite sur cette profession. L'IAA devient ISAR Infirmière Spécialisé en Anesthésie et Réanimation. Mais surtout elle acquiert l'exclusivité de compétence. Maintenant seuls les ISAR pourront pratiquer l'anesthésie au bloc opératoire. Le programme de formation est lui aussi revu et passe sous l'intendance des CHU et de la DRASS. La même année les infirmiers anesthésistes sont dans la rue pour

revendiquer une revalorisation salariale de leur métier. Ils gagnent ainsi la création de la classe supérieure. OXYMAG est créé la même année .(21)

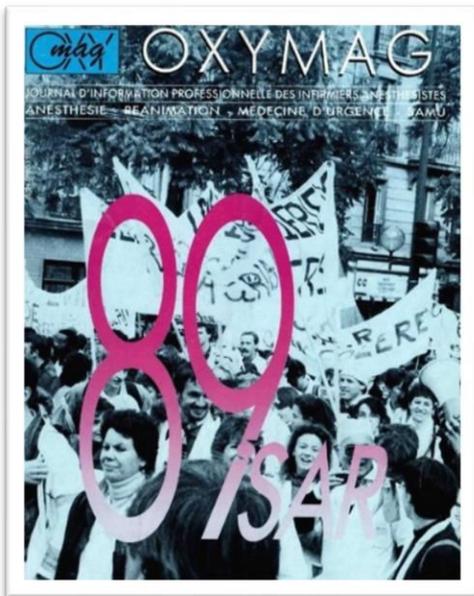


Figure 8 : OXYMAG, création 1988

1.3.4 Les années 1990 : Le diplôme d'Etat

C'est au tour de l'année 1991 de marquer notre histoire. Une nouvelle fois nos pairs sont dans la rue pour défendre la profession. Ils obtiennent que la formation soit certifiée par un diplôme d'Etat (*décret du 17 décembre 1991*): IADE Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat,(22) une revalorisation salariale et une grille spécifique .

En 1993 le décret relatif aux actes professionnels réaffirme l'exclusivité de compétence et la position de l'IADE (23). La modulation des décrets permet une uniformisation de l'enseignement dans les écoles d'IADE.

En 1994 tout le monde se met autour d'une table (SFAR, SNIA, CEEIADE) pour sécuriser les pratiques de l'anesthésie. Aboutissent ainsi les recommandations de bonnes pratiques avec le décret du 5 décembre 1994 et l'arrêté du 3 octobre 1995 sur l'organisation, la sécurité ainsi que l'utilisation et le contrôle des dispositifs anesthésiques.

En 1997 on essaie d'écarter les IADE du SMUR en remettant en cause leur intérêt.

1.3.5 Les années 2000 : Le grade Master

Le décret de 2002 reprend le contenu de celui de 1993. Il rajoute le positionnement du MAR :

« 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 et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3 Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole »(24).

Contrairement à 1993 où l'IADE participe à l'application des techniques d'anesthésie, en 2002 il applique ces techniques d'anesthésie. Ce décret va également poser les compétences de l'IADE dans le domaine de la douleur, la salle de surveillance post interventionnelle ou le SMUR. Dans les années 2000 à 2010, la profession d'IADE cherche à être intégrée au niveau Master, dans le cadre du système universitaire européen Licence-Master-Doctorat (LMD). Arrêté du 23 juillet 2012 : rénovation de la formation répondant aux exigences universitaires (25).

2006 : l'Ordre National Infirmier est créé. Les IADE sont d'abord hostiles à le rejoindre ne se sentant pas représentés. Ils préfèrent une organisation fédérant les professionnels infirmiers avec reconnaissance de l'identité de chacun d'entre eux. Malgré leurs réticences, ils finissent par répondre favorablement aux encouragements du SNIA à rejoindre l'ordre, n'ayant que ce choix là pour peser sur les futures décisions de la profession.

2014 : Obtention du grade Master par le décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 (26). C'est une grande victoire pour la profession et une reconnaissance du niveau d'études

exigé. Cette reconnaissance statutaire cherchera à s'accompagner d'une reconnaissance salariale.

2017 : Le décret du 10 mars 2017 relatif aux compétences IADE clarifie et élargit le champ d'exercice des IADE. L'IADE exerce maintenant sous le contrôle exclusif du MAR à deux conditions : le MAR peut intervenir à tout moment et à condition qu'il ait examiné et déterminé la stratégie d'anesthésie au préalable. La notion de "protocole" disparaît pour celle de "stratégie" : *« Au quatrième alinéa, les mots : « au protocole anesthésique retenu » sont remplacés par les mots : « à la stratégie anesthésique retenue ».* (27) Le mot stratégie permet d'enlever l'idée de contrôle constant induit par le mot protocole. Ce simple changement de mots est une reconnaissance des compétences IADE dans le suivi et la gestion de la surveillance du patient. Le médecin anesthésiste doit être présent sur le site où sont réalisés les actes ou la surveillance en SSPI pour pouvoir intervenir à tout moment. Cette close détermine la présence dans les locaux du médecin afin de sécuriser les gestes d'urgence et la prise en charge : *« Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post-interventionnelle, et puisse intervenir à tout moment. »* (27)

Elle confère aussi plus d'autonomie à l'IADE puisque, si ces conditions sont respectées, il est le seul habilité à réaliser les gestes d'anesthésie :

« L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat est, dans ces conditions, seul habilité à : pratiquer les techniques suivantes :

a) Anesthésie générale ;

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

c) Réanimation préopératoire ;

2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;

3° Assurer, en salle de surveillance post-interventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation préopératoire. » (27)

La nouvelle notion très importante de ce décret est la place de l'IADE dans les transports médicalisés :

« III. L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seule habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter hospitaliers ».

« IV. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. » (27)

Cette exclusivité conférée, semble donner à l'IADE une place exclusive au sein du SMUR. La réalité reste pourtant toute autre.

Ce décret est un sujet polémique quant à l'utilisation et l'interprétation qui peuvent en être faites particulièrement vis-à-vis des anesthésies loco-régionales. La SFAR publie alors ses recommandations quant à l'interprétation à faire de ce texte pour en limiter les usages. La SFAR écrit : *« En conclusion, ce nouveau décret reconnaît le rôle de l'IADE, il en élargit certaines compétences dans la pratique de l'anesthésie, mais ne lui permet pas plus que le précédent la pratique des actes médicaux que seul un médecin anesthésiste-réanimateur peut réaliser. »(28)*

1.4 L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE ET L'IADE

On parle réellement de pratique avancée en France depuis 2019, date à laquelle les premiers diplômés sont sortis. Pourtant la pratique avancée plante ses racines dès le rapport BERLAND de 2006 qui a eu pour objectif, je cite :

«Ce document est un rapport d'étape d'une démarche d'expérimentation initiée en Décembre 2003 visant à apporter des éléments détaillés de réflexion sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et ou de

délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé ».(29)

A partir de ce rapport ont été mis en place les premiers protocoles de coopération issus de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009. L'article 51 nous dit :

« Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3(30)

Mais nous avons vu que l'histoire a fait naître les prémices de la pratique avancée dans les années 1900 avec la spécialisation des infirmières en anesthésie répondant alors à un besoin spécifique en Amérique. Il faut attendre 1954 et Hildegarde PEPLAU³, pour voir réellement apparaître le terme de "Pratique avancée", destiné alors à une spécialisation vers les soins psychiatriques.

Mais qui sont les IPA (Infirmier de Pratique Avancée) ? : **la pratique avancée** est inspirée des modèles étrangers anglo-saxons, ou encore canadiens, qui dispensent au personnel infirmier une autonomie de pratique et de réflexion afin de répondre aux besoins d'une population. Cette spécialisation, gratifiée du grade Master, permet un intermédiaire entre le médecin et l'infirmier. Selon les pays les IPA peuvent prescrire sous certaines conditions et réaliser le suivi des patients chroniques. Cette pratique a débuté dans les années 1960 aux Etats Unis. On distingue alors l'infirmière clinicienne spécialisée de l'infirmière praticienne. En France le Conseil International des Infirmiers (CII) propose cette définition :

« L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de

³ Hildegarde PEPLAU : 1909-1999, Docteur en éducation, mondialement reconnu pour son expertise dans les sciences infirmières.

même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier (ère) sera autorisé(e) à exercer. »(31)

Le souhait de moderniser le système de santé français a poussé l'Etat à prendre modèle sur ses voisins. La spécialisation et la diversification sont des modifications courantes pour faire évoluer des pratiques professionnelles. La diversification consiste à ajouter de nouvelles tâches qui ne sont pas présentes auparavant ou encore non reconnues. La spécialisation permet, à la suite d'une formation, un niveau d'expertise dans un domaine spécifique valorisé par un diplôme. La diversification des tâches peut être atteinte par tous les professionnels parce qu'elle se fait de manière interprofessionnelle ; des infirmiers peuvent légitimement effectuer des activités d'un autre groupe de professionnels dès lors que celles-là ne sont pas réglementées par l'exclusivité. La spécialisation, elle, ne peut être accessible qu'à un groupe limité.

Si nous reprenons les objectifs gouvernementaux, les IPA ont été créés afin de :

« Améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. [...] favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise. Le travail de l'infirmier en pratique avancée (IPA) sera donc pleinement reconnu. »(32)

Les missions de L'IPA se définissent selon sept champs de compétences : «

1 : La pratique clinique (compétence centrale de l'IPA).

2 : La réalisation de consultations, incluant les consultations de première ligne (compétences en consultation).

3 : L'expression de leadership clinique IDE au cœur des équipes soignantes (compétences en leadership).

4 : L'intégration des résultats de recherche par l'utilisation de l'EBN (Evidence Based Nursing ou compétences en recherche).

5 : *La contribution à la formation des soignants (compétences en formation et enseignement).*

6 : *La collaboration vers une transversalité universelle (compétences en collaboration).*

7 : *La prise de décision éthique (compétence éthique) ».*(31)

Sur la base de ces compétences, les domaines d'intervention sont définis autour des pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes (oncologie, hémato-oncologie, maladie rénale chronique, psychiatrie et les urgences).

Pour résumer, l'IPA est un infirmier qui utilise ses connaissances dans sa pratique lui permettant une compréhension pouvant induire une intervention. Il doit faire preuve d'habileté critique et analytique dans son jugement clinique pour prendre les bonnes décisions. Il peut également influencer des décisions qui concernent les soins du patient et met à profit son expérience. L'IPA est en mesure d'élaborer des recherches et de permettre la mise place de protocoles. Qui plus est, il a pour mission la formation. Il fait donc le lien entre des connaissances fondamentales et des situations concrètes pouvant être complexes dans un objectif de qualité.

Ayant posé les bases de la pratique IPA, revenons à l'histoire de notre profession IADE. Le texte de loi paru en 2016 (33) et la sortie des premiers IPA en 2020 renvoie les IADE dans la rue pour une reconnaissance de leurs statuts et de leurs actes. Ils réclament la reconnaissance de la pratique avancée sans vouloir être infirmiers de pratiques avancées pour autant, craignant certaines dérives possibles. A partir d'ici vont s'engager de multiples négociations qui conduiront à plusieurs propositions qui nous amènent à 2021 et la demande du statut AMPA (Auxiliaire Médical en Pratique Avancée). En novembre 2021 la SOFIA propose un éclairage sur les propositions des IADE en pratique avancée, il écrit :

« La profession, par ses représentants divers, s'est accordée pour exprimer le fait que l'IADE ne peut être contraint dans une fonction et une reconnaissance de simple exécutant sur prescription. L'IADE d'aujourd'hui et de demain, est et sera un acteur de santé autonome, dans son exercice au sein de ses quatre domaines de compétences que sont l'anesthésie, la réanimation, l'algologie et les soins d'urgence. »(34)

L'IADE ne demande qu'à être reconnu pour ce qu'il est déjà, un praticien responsable, réflexif et autonome, capable d'analyser et de prendre des décisions seul ou en collaboration avec le MAR. Il est capable d'être force de proposition dans les stratégies d'anesthésie. Il réclame cette reconnaissance dans les quatre domaines de son expertise : l'anesthésie, la douleur, les urgences et les soins de réanimation.

Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) se range du côté des IADE : *« Ne pas leur reconnaître ce titre en France pourrait donner l'impression trompeuse que l'expertise des IADE française serait inférieure à celle des infirmiers anesthésistes formés et exerçant à l'étranger, alors-même que la Fédération internationale des infirmiers-anesthésistes (IFNA) reconnaît, au vu du niveau de formation et de pratique la déclinaison française de la profession, la légitimité pour elle d'accéder à la pratique avancée. Cette situation est incompréhensible et inacceptable pour les professionnels »*(35). Il faudra malgré tout noter quelques nuances : la formation IADE devra s'intégrer dans le cursus universitaire, l'ancienneté pour cette formation devra s'aligner sur celle des IPA qui est de 3 ans et enfin, il faudra que la France accepte plus largement qu'elle ne le fait à l'heure actuelle le système de pratique avancée. Pour conclure, la distinction entre deux grandes catégories d'IPA est nécessaire pour y intégrer les IADE : les IPA spécialisés et les infirmiers praticiens en pratique avancée. Le SNIA répond au rapport de l'IGAS de manière favorable mais oublie cependant d'éclaircir quelques points.

Une nouvelle fois dans l'histoire de ces deux professions, les IADE et les MAR sont en désaccord. Le SNARF, AJAR et SNPHAR-E se mobilisent et posent un préavis de grève. Leur crainte se porte sur le transfert de responsabilité et la peur d'une démedicalisation de l'anesthésie. Légitimité ? Raisons ? Sécurité ? L'importance doit être donnée à la discussion et la compréhension de chaque mot. Les discussions restent encore à ce jour en cours de finalisation.

Pour conclure retenons de cet historique l'idée que le MAR et l'IADE appartiennent à deux professions à part entière dont les différents aspects trouvent une complémentarité. Ses deux professions sont maintenues par la collaboration interprofessionnelle qui permet la construction d'un binôme aiguisé aux diverses prises en charge. La sémantique a une place

importante dans l'histoire et l'évolution d'une profession. Oliver SCHWARTZ écrira pour introduire le livre la sociologie des professions de Florent CHAMPY :

« Les héritages de mots sont aussi des héritages d'idées. Quand on emploie une catégorie qui a une certaine histoire derrière elle, [...] qu'on le veuille ou non, on accomplit un geste qui va bien au-delà de la simple reprise d'un mot. On hérite de tout un patrimoine de représentations, de significations, qui ont été progressivement accumulées à propos de cette catégorie au cours de cette histoire intellectuelle précédente [...] Et il est essentiel dans ces conditions de s'interroger sur cet héritage. »(36)

N'oublions pas l'importance et le rôle de chacun. Ces deux protagonistes forment un binôme d'anesthésie. Nous pouvons voir maintenant les enjeux en lien avec ce binôme MAR/IADE.

1.5 LE BINOME MAR IADE

Le binôme MAR/IADE existe depuis 1988. Le MAR et l'IADE s'inscrivent en complémentarité et non en substitution l'un de l'autre. Ce binôme a permis de répondre à un besoin démographique en anesthésie et ainsi de trouver une réponse sécuritaire pour la prise en charge des patients. Le binôme composé de deux professionnels issus de formation parallèles a su se retrouver pour leur spécialité commune. On compare souvent le binôme MAR/IADE à celui du commandant de bord et de son copilote. Le co-pilote agit sous les directives du commandant de bord responsable de la sécurité et de la navigation. Les termes commandant et copilote font référence au statut social et professionnel en lien avec l'ancienneté et l'expérience. Le copilote pourra devenir lui-même commandant quand celui-ci pourra faire la preuve d'assez heures d'expériences de vols. Dans ce binôme, le quotidien fait plutôt appeler au terme de "pilote en fonction" ou pilote flying en anglais et "d'un pilote monitoring" ou non en fonction. Ces mots permettent d'oublier le statut au profit du binôme et de la sécurité. Tour à tour le commandant ou le copilote peuvent se retrouver pilote flying c'est-à-dire celui qui mène l'action de vol, l'autre est alors le pilote monitoring qui a pour rôle de contrôler et de rediriger les actions si besoins. Le binôme

s'est développé autour de la sécurité et de la qualité de prise en charge du patient au bloc opératoire. La loi du 5 décembre 1994 illustre très bien cette démarche. Les CNPIA et le CNP ARMPO déclarent le 23 novembre 2021 :

« L'IADE et le MAR forment un binôme indissociable tel que l'expriment les décrets de sécurité en anesthésie et le référentiel de compétence IADE. » (37)

La SFAR parle du IADE comme le proche collaborateur du MAR et un partenaire indispensable à la prise en charge du patient.

Dans différentes revues de management ou destinées aux cadres, le terme binôme est traduit comme « Works couples » ; ce lien au travail a été promu par un changement des entreprises tournées vers le travail collaboratif. Le lieu de travail est devenu un des piliers participant à la vie sociale, ainsi la dernière décennie a vu apparaître des entreprises tournées vers la transversalité, la communication et l'optimisation des compétences de chacun grâce à la communion des valeurs professionnelles. Dans la revue « Soins cadre », le binôme est défini comme une relation de confiance, les mots attachement et complicité y sont même utilisés. La revue dit notamment : « quand leur fidélité est mise à l'épreuve par des tentatives de divisions elles font bloc ». (38) Elle continue plus loin en appuyant sur l'importance de l'autonomie de chaque acteur du binôme mettant en avant que cette autonomie permet la reconnaissance et l'enracinement de l'identité des deux intervenants dans leur rôle respectifs.

« La réussite de l'un étant la réussite de l'autre, il n'y a ni chef ni subordonné, juste des rôles qui changent en fonction des enjeux du moment » (ibid p26).

Cette citation permet de comprendre le besoin identitaire dans le fonctionnement du binôme (ex : le IADE reconnu par le MAR et le MAR reconnu par le IADE, une réciprocité qui permet de créer le binôme d'anesthésie). Le couple au travail repose donc sur la création volontaire du binôme dans un objectif de mieux être au travail pour des rentabilité et performance accrues. Nous comprenons alors que le binôme repose sur l'alliance de deux personnes. Dans le milieu hospitalier et particulièrement en anesthésie le binôme MAR/IADE repose sur un choix institutionnel : on le nomme alors le « binôme formel » (ibid

p27). Pourtant nous sommes souvent les témoins d'une convergence plus optimale dans certains binômes. Nous pouvons alors croire que la confiance instaurée par l'expérience de travailler ensemble, la reconnaissance identitaire de chacun et le respect des différences permettent une complicité qui facilite les relations au travail. Ainsi certains binômes se comprennent parfois sans même se parler chacun étant orienté vers un but commun et une notion d'intersubjectivité. Si nous nous référons à l'historique des deux professions, le binôme MAR/IADE s'inscrit bien en complémentarité. Ces deux professions convergent dans la création du binôme avec les avantages et les limites que nous pouvons imaginer lorsqu'elles sont confrontées à des divergences de valeurs ou d'opinions. Comme nous l'avons dit, ce sont des liens de complicité qui permettent de tisser une relation de confiance. Sans celle-ci le binôme devra faire appel à une communication optimisée, en faisant preuve d'une grande adaptabilité et d'une bonne connaissance des procédures.

En France, cet exercice se réalise sous la responsabilité du MAR. Cette responsabilité reste fondamentale car les actes se réalisent par délégation, délégation qui implique de pouvoir assumer les actes transmis en termes de compétences et de qualification. L'anesthésie est en fait une spécialité précurseur de la pratique avancée. La Formation IADE est constituée pour répondre à une délégation de tâches encadrées et l'acquisition de compétences aptes à maintenir une qualité de soins sans démedicalisation. Si cela semble claire pour les compétences qu'en est-il vis-à-vis de la consultation infirmière actuellement en pleine essor ?

Pour résumer l'histoire de ce binôme j'ai réalisé une chronologie de leur histoire (figure 9) et la conclurai sur cette citation de J.B CAZALAA, médecin anesthésiste et archiviste de la SFAR :

« L'Histoire est une grande leçon de modestie »

Jean Bernard CAZALAA

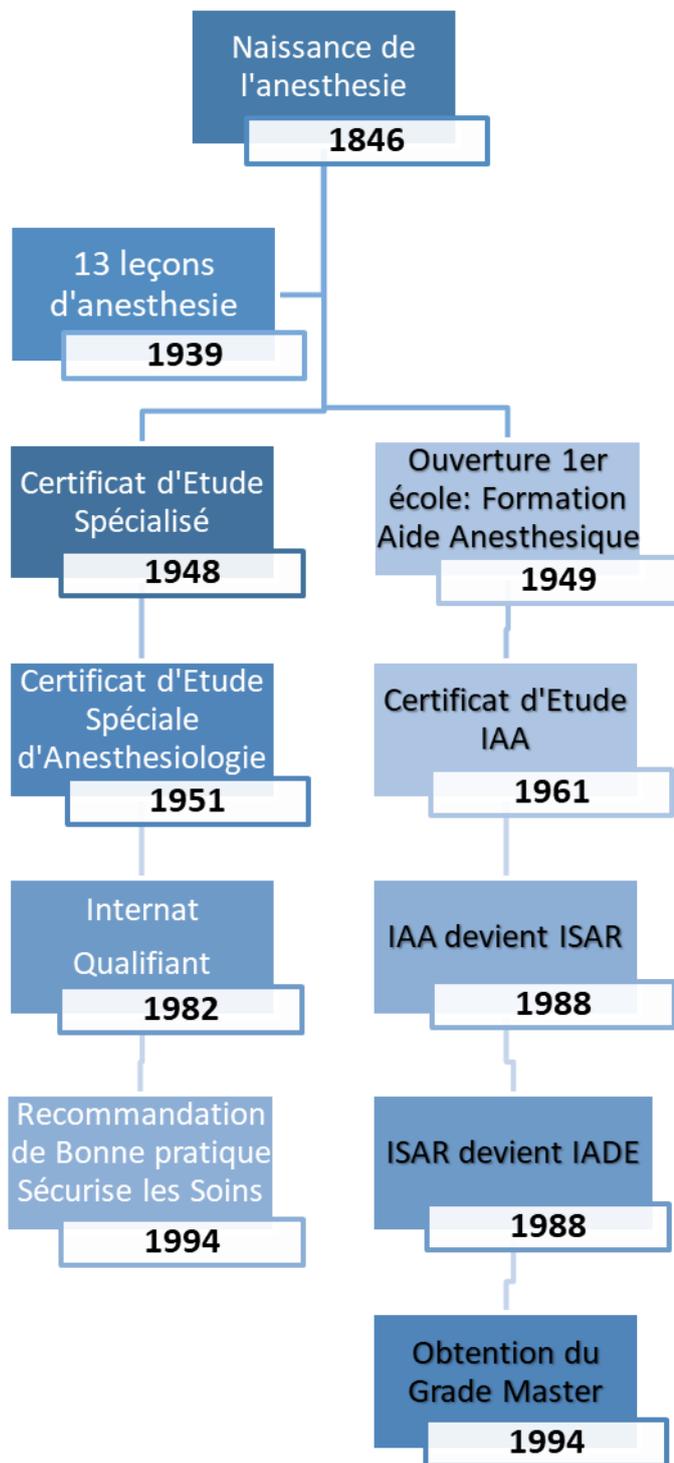


Figure 9 : Diagramme récapitulatif de l'histoire des professions anesthésique

2. ENQUETE EXPLORATOIRE

L'historique nous montre les tensions auxquelles les MAR puis les IADE ont été soumis pour affirmer leur identité et trouver une place dans le système de santé. Une nouvelle profession apparaît, les IPA, les cartes du « jeu identitaire » sont potentiellement rebattues. L'espoir des IADE serait d'affirmer leur plus-value notamment lors du temps préopératoire dans une consultation complémentaire d'anesthésie. Celle-ci représente un enjeu fort pour la profession IADE, car cela lui permettrait de faire valoir ses différents champs de compétences et de s'intégrer dans la prise en charge globale du patient.

Fort de cet historique et de ses éclaircissements, je réalise une enquête exploratoire en partant de l'idée que la profession d'Infirmier anesthésiste doit :

- Ouvrir son champ de compétences pour une augmentation de la qualité de prise en charge
- Renforcer son lien avec le MAR
- Trouver une place dans la restructuration du système de santé.

La consultation par l'IADE peut-elle être une réponse à ses 3 grandes idées ? Mes recherches ne me permettent pas d'avoir assez d'éléments sur ce sujet pour en définir directement les concepts et les hypothèses. Il est par ailleurs difficile de saisir les origines et conséquences d'une profession sans une observation rigoureuse. Afin de guider ma pensée et de la finaliser par des hypothèses, je choisis de mener une enquête exploratoire préalable à une démarche empirique. Les objectifs sont :

- Recueillir les sentiments et idées que partagent les IADE sur leur profession
- Identifier les impacts d'un IADE en consultation

2.1 METHODOLOGIE DE LA PHASE EXPLORATOIRE :

Je choisis une méthode qualitative afin de recueillir des données et des variables. L'outil choisi est l'entretien non directif. Pour ces entretiens j'ai réalisé une grille de

questions d'appel et des questions de relance, permettant à la personne de s'exprimer librement sur le sujet, tout en recentrant les idées si besoin. Cette méthode permet une approche libre et étendue du sujet, où seule la personne interrogée compte. Cette méthode permet de réaliser un bilan et de considérer l'avenir.

2.2 LA POPULATION :

La population choisie restera uniquement la profession IADE, et le nombre de deux entretiens est arrêté. Je choisis deux IADE ayant chacune respectivement 25 et 29 ans d'ancienneté dans la profession. La première IADE réalise des consultations douleur au sein d'un centre anti-douleur. La seconde est IADE perfusionniste dans un bloc de cardiologie-vasculaire. Toutes deux ont participé à la mise en place de visites pré-anesthésiques en binôme. Elles participent également à des consultations pré-opératoires pour des patients nécessitant la pose d'une circulation extra corporelle.

2.3 ANALYSE DES ENTRETIENS :

Le premier entretien a duré 1h10 et le second 45 minutes, ils furent très riches des expériences et anecdotes de ces deux IADE. Pour l'analyse j'ai décidé de réaliser un tableau me permettant de repérer les nouveaux concepts et les nouvelles idées mis en avant. Cette analyse a mis en avant plusieurs aspects intéressants à traiter.

2.3.1 Le rôle IADE en consultation

Tout d'abord sur le rôle du IADE en consultation, les deux personnes ont mis en avant les notions de : conseil, accompagnement du patient par la réassurance, écoute et reformulation des informations. Elles parlent toutes deux de la liberté de parole du patient lors de ces consultations face à un regard non médical. La consultation IADE est un moment

où on peut apporter écoute et conseils, diminuer le stress du patient, proposer des accompagnements par des techniques complémentaires, reprendre et clarifier un éventuel trop plein d'informations.

Dans l'entretien n°1, l'IADE met en avant la légitimité de son intervention en consultation de par sa qualité d'expertise et du fait de son autonomie au bloc opératoire. Elle explique que son expérience au bloc opératoire, son positionnement au sein d'équipes pluridisciplinaires et ses rôles de conseiller et de formateur sont plus faciles à prendre pour elle. Elle parle aussi de son rôle de conseiller auprès, non seulement, des équipes pluridisciplinaires mais aussi auprès d'autres médecins. Il lui apparaît que le sérieux de sa formation et l'expertise reconnus aux IADE lui octroie une légitimité dans ce rôle et une meilleure collaboration avec ses équipes.

2.3.2 Le Binôme MAR/IADE en consultation

La seconde grande idée qui s'est dégagée de ces entretiens est la notion de collaboration et de coopération entre le MAR et l'IADE. Pour elles, cette complémentarité améliore la prise en charge du patient par une double vision de ce dernier et une mise en commun des observations réalisées. Ceux-ci permettent une amélioration autant de l'évaluation que de la prise de décisions. Toutes deux sont en accord sur l'importance de la consultation anesthésique faite par le médecin et ne la remettent pas en question. Elles mettent simplement en avant la plus-value d'un regard différent qui permet d'améliorer la démarche qualité et d'optimiser la disponibilité, en terme de temps, du médecin anesthésiste pour ses consultations.

2.3.3 La satisfaction professionnelle par la consultation

Enfin, j'ai dégagé une troisième notion importante de ces entretiens : la consultation complémentaire IADE apporte une plus grande satisfaction professionnelle pour celui ou celle qui la réalise. Selon ces deux personnes, les IADES seraient demandeurs

de plus de suivi sur la prise en charge de leurs patients et d'implication en pré et post opératoire. Elles mettent en avant l'importance d'une communication optimisée au sein des équipes à l'aide d'outils ou d'alerte simples, pour améliorer la réponse aux demandes du patient.

Cette enquête exploratoire fut riche d'anecdotes et d'expériences. Il me faut également mentionner les multiples conversations instructives que j'ai eues auprès de MAR ou IADE qui m'ont permis, elles aussi, de préciser ma question de recherche finale. Depuis le début, la consultation d'anesthésie n'est pas remise en question, elle est légale et médicale. Nous ne parlerons donc que d'une consultation de l'IADE venant en complément de celle du MAR. J'aurais pu limiter cet exposé au seul questionnement du rôle IADE dans une consultation complémentaire, mais il me semblait important de traiter toutes les dimensions et implications de ce sujet très riche.

A l'issue de l'analyse des entretiens exploratoires j'ai choisi de retenir et d'explorer la question de recherche suivante : **Quels sont les enjeux de la présence d'un IADE en consultation complémentaire d'anesthésie (CCA)?**

Hypothèse 1 : La consultation IADE renforce la démarche qualité auprès du patient.

Hypothèse 2 : La consultation IADE permet de renforcer le binôme MAR/IADE dans une prise en charge péri opératoire.

Hypothèse 3 : La consultation IADE permet une évolution de la profession IADE.

Pour répondre à ces interrogations je commencerai par développer les concepts qui me permettront une meilleure maîtrise des différentes parties à investiguer.

3. CADRE CONCEPTUEL

3.1 LES PROFESSIONS

Notre société est stratifiée par les différentes professions. Après différentes lectures, je m'aperçois que le terme de profession est un sujet encore controversé dans l'univers de la sociologie. Je resterai ici sur une définition simple et non exhaustive prenant appui sur deux ouvrages écrits par des sociologues reconnus.

Le mot profession trouve son étymologie du latin *professio* qui ramène à l'action de faire, à l'action de déclarer, à un métier ou une activité exercée qui ramène une rémunération.(39) Le dictionnaire Larousse le définit par :

- « 1. *Une activité rémunérée et régulière exercée pour gagner sa vie.*
- 2. *Métier de caractère intellectuel, artistique, etc., qui donne une position sociale plus ou moins prestigieuse : La profession d'avocat.*
- 3. *Ensemble des personnes exerçant un même métier*
- 4. *Activité rémunératrice illégale, source de profit. »(40)*

Si l'on se réfère à l'ouvrage "la sociologie des professions" (41), une profession se distingue par six traits communs :

- 1- *« Les professions traitent d'opérations intellectuelles associées à de grandes responsabilités individuelles...*
- 2- *Leurs matériaux de base sont tirés de la science et d'un savoir théorique...*
- 3- *Qui comportent des applications pratiques et utiles ;*
- 4- *Et sont transmissibles par un enseignement formalisé.*

5- *Les professions tendent à l'auto-organisation dans des associations*

6- *Et leurs membres ont une motivation altruiste. »*

Reprenons les différents sens de ce mot : en premier, le sens venant du contexte religieux : Profession ou action de professer ou encore profession de foi, tous ces termes marquent l'idée de déclarer une opinion. La profession est un acte déclaratif public qui s'énonce au reste de la société.

Le second sens fait écho au côté pécuniaire ; dans ce sens-là une profession permet une rémunération, "on gagne sa vie". L'occupation n'étant pas une profession si elle est non rémunérée ; pour illustrer cela nous pouvons prendre l'exemple de la mère au foyer dite sans profession mais pas sans occupation.

Dans un troisième sens la profession est synonyme d'un métier : un métier regroupe divers acteurs exerçant une même activité, ayant une identité sociale commune ou encore un même statut social. Il y a ici une idée de regroupement. Cependant une différence est souvent faite entre métier et profession. On accorde souvent au mot métier un sens en faveur d'une pratique manuelle alors que dans l'historique du mot profession il y a une prédominance intellectuelle lors de son emploi.

En France une profession est le plus souvent réglementée par une formation diplômante. Elle est légiférée et peut répondre à certains codes comme en médecine avec le code de déontologie. Elle justifie d'un savoir-faire et d'une expertise type selon la profession.

Dans son livre "la sociologie des professions" Florent CHAMPY⁴ réalise une analyse pointue sur la vision sociologique des professions. Il explique l'importance de la place des professions dans notre société d'hier à aujourd'hui. Pour paraphraser sa sémantique il établit dès le début de son ouvrage que le mot profession introduit la notion de : Haut

⁴ Florent CHAMPY : Sociologue et directeur de recherche au CNRS, il s'est spécialisé dans l'étude des professions après une carrière dans l'architecture.

niveau éducatif, autonomie, statut propre et maîtrise du savoir(36). Il définit les professions comme :

« Un ensemble de métiers auxquels une compétence exclusive a été reconnue pour prendre en charge certaines tâches ou certains problèmes » (CHAMPY 2009, p3).

Dans le courant sociologique anglais, le courant fonctionnaliste prédomine, le terme profession tend alors à être attribué à un métier de haut niveau de formation ou de pratique scientifique. L'approche fonctionnaliste qui marque le début du XXème siècle, insiste sur le rôle des professions comme un équilibre dans la société qui permet l'ordre et l'harmonie (CHAMPY, 2009, p17). Cette importance donnée aux professions s'entremêle avec la notion de valeur professionnelle : *« L'importance de la science, le fait de travailler pour des valeurs et la nécessité d'un engagement dans le travail qui fait que ce dernier ne peut être accompli comme n'importe quelle autre activité. » (CHAMPY, 2009, p39).* Le courant fonctionnaliste définit les professions par leurs connaissances et leurs valeurs. Il est abordé également le concept d'appartenance à une profession qui selon Champy détermine un comportement prévisible et fonctionnel par des pratiques prédéterminées (p 20).

Le courant interactionniste, qui trouve naissance aux Etats-Unis dans les années 1950, s'oppose au courant fonctionnaliste par une approche critique des professions. Imprégné par l'Histoire, ce courant contestera l'ordre social promu auparavant. Il se détourne des seules professions dites "savantes" et s'intéresse aux « *petits métiers* ». CHAMPY cite HUGHES, sociologue interactionniste qui dit :

« Depuis longtemps on soigne les malades, on assiste les pauvres et les malheureux, on instruit les enfants on conserve les livres. Mais les professions d'infirmière, de travailleur social, d'instituteur [...] elles, figurent parmi les arts anciens qui sont devenus des professions » (HUGUES, CHAMPY, p25).

Les professions sont vues comme dynamiques, elles évoluent dans leurs fonctions. Elles existent grâce aux interactions qu'elles comportent, entre le professionnel et le client ou patient.

L'histoire de la médecine nous montre que la profession médicale fut considérée au départ comme une profession savante où seul l'intellect était représenté. Ce n'est qu'au XIX^e siècle qu'elle rentre dans la définition d'une profession en justifiant tous les aspects cités auparavant. Eliot FREIDSON réalise un ouvrage sur la sociologie de la profession médicale mettant en avant l'autonomie et l'autocontrôle qu'elle exerce sur elle-même. Il en émane un effet pervers selon lui :

« Tel est le grave défaut de l'autonomie professionnelle : en permettant et en encourageant la création d'institutions qui se suffisent à elles-mêmes, elle conduit la profession à se faire une idée trompeuse de l'objectivité et de la fiabilité de son savoir , ainsi que des vertus de ses membres ; elle l'entraîne en outre à se considérer comme la seule à posséder savoir et vertu, à mettre en doute les capacités techniques et morales des autres professions, à avoir, à l'égard de sa clientèle une attitude paternaliste au pire méprisante »(41).

Cette citation fait appel au monopole du savoir formel, elle porte l'idée du savoir et du pouvoir que celui-ci confère. Selon E. FREIDSON⁵ le monopole professionnel peut être délétère pour l'amélioration et l'évolution de l'expertise.

HUGHES va plus loin en proposant dans la socialisation professionnelle une réelle construction identitaire. Dans son ouvrage *“la création d'un médecin”*, il initie l'idée que la formation et l'instruction ne permettent pas à eux seuls de créer un professionnel. Pour le devenir il faut abandonner le monde profane au profit d'une nouvelle identité : *« il faut se changer soi-même »*(41)(p109). Le but est de réussir à aborder par quatre concepts qui sont le travail, son rôle, sa carrière et ce que l'on est soi-même : Une vision évolutive et changeante pour interagir avec le monde de demain *« il s'agit de changer le monde »* pour créer des idées nouvelles sur le monde et la carrière professionnelle.

⁵ Eliott L. FREIDSON : (1923-2005) sociologue américain et sociologue médical. Il est considéré comme un pionnier dans l'étude des professions et le rôle de l'autonomie professionnelle. Il publie un ouvrage majeur dans la sociologie américaine, *Profession Of Medicine* en 1970.

BECHER et STRAUSS opposent à cette notion d'identité professionnelle , celle de « *segments professionnels* »(41). Pour eux une profession est : « *une coalition contingente de segments correspondant à des institutions différentes de travail, des statuts différents, et à des associations diverses* » (ibid. p114).

Les institutions différentes vont correspondre aux divers organismes : hôpital public, hôpital privé... Les statuts réfèrent aux différentes spécialités présentes dans un même segment : anesthésistes, chirurgien, généraliste...

Les associations vont représenter les divers regroupements communautaires au sein d'une profession : SFAR, SFMU...

Ainsi chaque spécialité au sein du même segment cherche à trouver sa place et à démontrer ses compétences. La segmentation apporte alors la différence de pensée et l'opposition d'idée. « [...] *les traits qui semblent rassembler tous les membres d'un groupe professionnel comme la confraternité ou l'esprit de corps sont aussi ceux qui contribuent le plus à les dissocier* ». (ibid. p117) Ils vont conclure leur étude en expliquant que les professions sont de réels « *mouvements sociaux* » reposant sur cette segmentation elle-même dépendante du contexte économique, social et politique.

Les deux professions qui illustrent la spécialité d'anesthésie répondent toutes les deux à la dynamique de profession. Elles sont reconnues par l'Etat, amènent un domaine d'expertise et représentent une corporation sociale de professionnels autonome, demandant la reconnaissance légitime de leur exercice et de leur pratique. La profession d'IADE a démontré son caractère évolutif au fil des ans, IAA (Infirmier Aide Anesthésiste) puis ISAR (Infirmier Spécialisé en Anesthésie Réanimation) et enfin IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat). La reconnaissance de ses compétences, connaissances et expertises la classifie dans les professionnels de santé. Elle répond à toutes les exigences des traits exécutifs d'une profession :

- Formation poussée
- Spécificité des activités
- Code de valeurs et de déontologie

- Sens des responsabilités
- Autonomie et indépendance

Cette autonomie et indépendance professionnelles se réalisent dans un contexte de collaboration et/ou coopération avec le médecin anesthésiste réanimateur.

3.2 LA NOTION DE COLLABORATION ET DE COOPERATION

3.2.1 De la professionnalisation à la collaboration

La SFAR définit l'IADE comme « le proche collaborateur » du MAR(42). Mais que veut dire collaborer ?

Le dictionnaire Larousse définit la collaboration comme : « *l'Action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres* », « *Travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune* »(43)

En nous appuyant sur diverses sources nous pouvons illustrer la collaboration par le fait de participer à un objectif commun. C'est travailler ensemble afin de réaliser une mission commune. Il y a là une notion d'entente mutuelle pour travailler avec quelqu'un, une interdisciplinarité au service d'une vision conjointe qui tend à atteindre un résultat. On sous-entend dans ce concept la copropriété de l'idée d'un projet ou d'une réalisation.

Les synonymes qui lui sont joints corroborent notre définition telle que : contribuer à, participer à... le collaborateur est ainsi un adjoint ou un associé.

La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé est un sujet d'actualité qui nous intéresse particulièrement dans l'étude des professions MAR/ IADE.

Nous avons vu que le développement des professions les a compartimentées selon leurs connaissances et leurs disciplines respectives. Chacune est régie selon sa propre juridiction

et ses propres responsabilités. Aujourd'hui cependant le remaniement du système de santé tend à effacer la structuration des professions pour se tourner vers une pluridisciplinarité. Ainsi les cadres infirmiers ont laissé la place aux cadres de santé ou dit cadres de proximité. Il est bien ici question de technique managériale pour induire une nouvelle forme de collaboration interprofessionnelle.

Quand nous parlons d'interprofessionnalité nous ne voulons pas induire l'idée d'une nouvelle profession mais plutôt le moyen par lequel plusieurs professions peuvent collaborer de manière cohésive. La collaboration interprofessionnelle est définie selon D'AMOUR comme :

« Le développement d'une pratique cohérente entre des professionnels de différentes disciplines. Il s'agit du processus par lequel les professionnels réfléchissent et développent des modes de pratique qui apportent une réponse intégrée et cohérente aux besoins des clients/familles/populations. L'interprofessionnalité provient de la préoccupation des professionnels de concilier leurs différences et leurs points de vue parfois opposés. Cela implique une interaction continue et un partage des connaissances entre des professionnels organisés, pour résoudre ou explorer une variété de problèmes d'éducation et de soins tout en cherchant à optimiser la participation du patient. L'interprofessionnalité exige un changement de paradigme, car la pratique interprofessionnelle présente des caractéristiques uniques en termes de valeurs, de codes de conduite et de méthodes de travail. »(44) (proposition de traduction de la version anglaise)

On comprend qu'une collaboration engage plusieurs professionnels vers une action dite collective de manière coordonnée par l'intermédiaire de la communication, la prise de décision, la mise en œuvre et l'acceptation. Elle tend à un résultat qui satisfait chacun des acteurs. On entend donc selon nos lectures qu'une bonne collaboration nécessite cependant une structuration claire des responsabilités et des compétences de chaque professionnel.

3.2.2 Facteurs déterminants d'une bonne collaboration

Cette interprofessionnalité permettrait une meilleure efficacité dans les soins. Elle dépend de plusieurs paramètres :

- Externes à l'organisation on les nomme les facteurs Macro
- Internes à l'organisation ou facteurs Méso
- Contextuels et relationnels les facteurs Micro.

Le facteur Macro englobe tout ce qui est externe à la collaboration : système éducatif, social ou encore culturel. Selon certains auteurs le pouvoir et l'indépendance de certaines professions ainsi que les valeurs inculquées lors de leur formation peuvent être un frein à une bonne collaboration. (D'AMOUR,1997)

« Le système professionnel s'oppose complètement à la logique de la collaboration interprofessionnelle. Ce système est basé sur l'autorité et le pouvoir alors que la collaboration interprofessionnelle dépend de la reconnaissance par les professionnels de leur interdépendance ainsi que des zones de recoupement (D'AMOUR 1999) ».(45)

Le facteur Méso, fait appel au côté organisationnel, ce qui se lie directement à l'institution. L'organisme doit pour permettre une bonne interprofessionnalité privilégier une structure tournée vers la communication, avec des ressources tant administratives qu'organisationnelles ou temporelles. L'entreprise doit soutenir une mentalité tournée vers la collaboration pour que celle-ci devienne active au sein d'une équipe. La place d'un leadership ou encore la mise en place de réunions communes sont des gages de réussite selon plusieurs sociologues. Au même titre que des lieux de travail communs (ex : les salles de repos ou médecin, IDE, IADE, CHIR peuvent se côtoyer sans la notion de hiérarchie)

Le facteur Micro est l'illustration des relations interpersonnelles. Les notions de confiance, volonté, communication, et respect mutuel deviennent des enjeux primordiaux pour établir une collaboration de qualité. Le champ de compétences spécifiques à chaque participant et sa délimitation permet une meilleure collaboration. Celui-ci doit par ailleurs s'affranchir des concepts de domination, d'autoritarisme ou encore de soumission autant de freins à une collaboration efficace.

Pourquoi comprendre le concept de collaboration ? Danielle D'AMOUR fait référence à l'interprofessionnalité « *centrée sur le patient* » (44) celle-ci permettrait une démarche bénéfique tant pour le patient que pour les soignants, par une prise en charge globale tournée vers les mêmes objectifs. Le respect, la valorisation et l'importance accordée au travail de chacun permettent une meilleure relation d'équipe. L'écoute et la meilleure compréhension des acteurs avec qui l'on travaille permettent de répondre à des problématiques complexes et d'atteindre des compétences collectives.

Pour résumer nous pouvons citer le (CPIS) Consortium Pancanadien pour l'interprofessionnalisation en santé qui axe sur six compétences pour une collaboration dynamique positive(46) :

1. Le patient, sa famille sont l'axe central de la prise en charge
2. Une communication positive entre professionnels
3. La clarification des rôles
4. Le leadership collaboratif
5. Le travail d'équipe
6. La résolution des conflits

La collaboration repose donc sur la communication, la coordination entre les différents acteurs et la mutualisation des différentes ressources. Le conflit ou les désaccords peuvent être un frein à une bonne collaboration. Il est nécessaire de sortir des rapports de force et de privilégier la communication. Pour y parvenir la coopération constitue sans doute le meilleur atout.

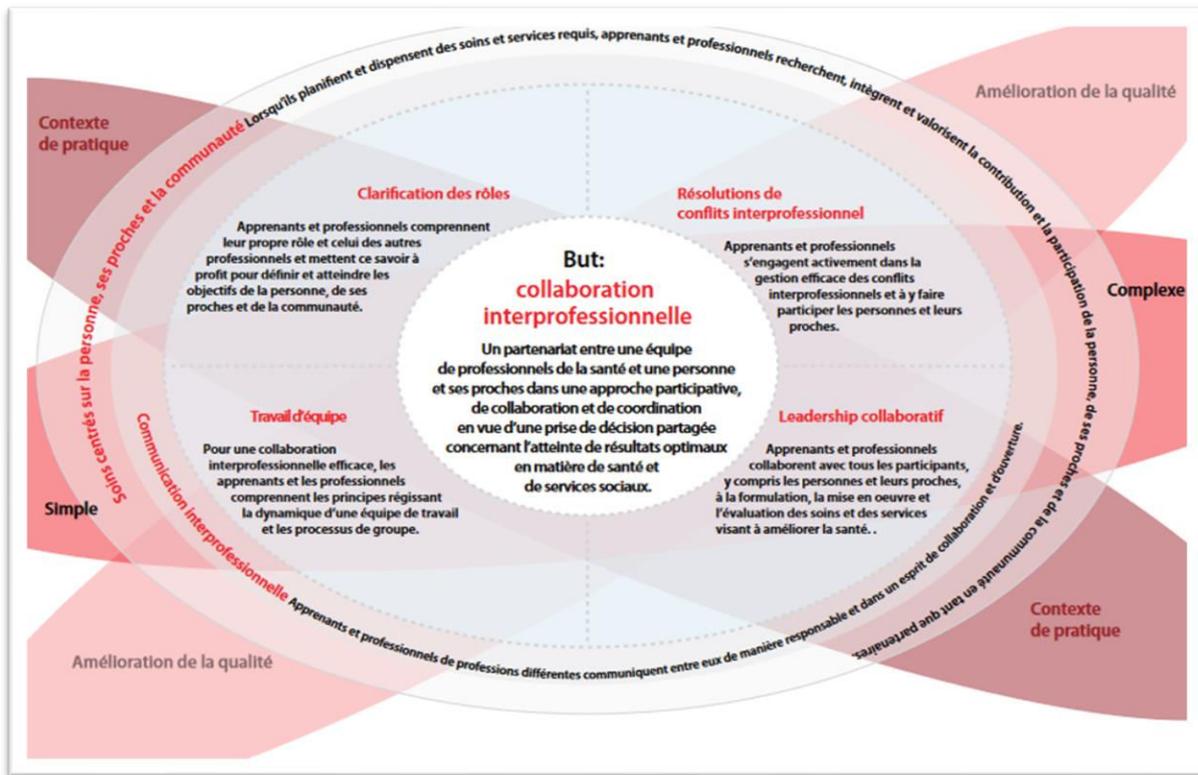


Figure 10 : Modèle CPIS référentiel national de compétence interprofessionnelle

3.2.3 Collaborer est-il coopérer ?

Nous réalisons souvent un abus de langage en utilisant les termes collaborer et coopérer comme des synonymes. Cette confusion mérite d'être éclaircie car l'un et l'autre s'associent d'une façon particulière dans une organisation hétérogène de comportements spécifiques.

Selon le Centre National de ressources textuelles et lexicales, coopérer est :

« L'Action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune. Une aide, entente entre les membres d'un groupe en vue d'un but commun ». (47)

La coopération serait l'action d'agir ensemble pour obtenir un résultat positif. Cette coopération trouve son origine dans l'altruisme des intervenants ou dans leur intérêt

commun à cette action. Pour le Sociologue Norbert ALTER⁶ « Coopérer, c'est donner », il initie la notion de générosité par le don. Il s'appuie sur le concept anthropologique du don et du contre don de Marcel MAUSS⁷. Cette théorie initie l'idée que l'on donne pour créer un échange. De cet échange va naître un lien, et une relation de réciprocité. Je reçois et je donne sans notion d'immédiateté à rendre à l'autre dans cet échange. MAUSS met en avant l'action « *de donner, de recevoir et de rendre [...] Actions où « ces échanges ne parviennent jamais à s'équilibrer et donc ne cessent jamais. Par ailleurs ils reposent sur des dimensions émotionnelles et symboliques ».*(48) Coopérer reposerait sur le concept de don, don qui reste une action volontaire. Cet échange montre que les sentiments humains ont une place à jouer dans ce trinôme du don. Norbert ALTER écrit :

« La coopération repose sur des sentiments comme l'amitié, la fierté, la gratitude ou la reconnaissance » (IBID p11).

Ainsi nous sommes prêts à donner à l'autre sans pour autant être altruiste. L'action de donner prendra sûrement sur notre temps ou notre organisation mais permettra de ressortir de cet échange avec un sentiment de fierté ou d'accomplissement. Nous pourrions illustrer cet échange par un exemple : un collègue nous demande de lui expliquer l'installation d'un *Cell-Saver*. Sa requête nous place en qualité d'expert et permet une transmission du savoir et du savoir-faire. Je donne de mon temps mais je choisis cette coopération et cet échange professionnel que j'aurais pu refuser.

La coopération a bien une dynamique sociale affective, elle ne peut être réduite à une simple procédure à suivre. La relation de coopération est intimement jointe à celle de confiance, complicité, sympathie... Donner c'est recevoir et rendre, cette réciprocité fait appel à « la gratitude » (IBID p36) envers le donateur. L'autre n'est pas un simple moyen

⁶ Norbert ALTER : sociologue et professeur des universités, il s'intéresse particulièrement à la dynamique des organisations il publie : *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris, La Découverte, 2009. Qui sera notre référence pour synthétiser le concept de coopération.

⁷ Marcel MAUSS : Sociologue Français (1872-1950) il est considéré comme un des pères de l'anthropologie. Il publie *Essai sur le Don*, en 1924, essai qui aborde la réciprocité sociale.

limité à une fonction nécessaire. La coopération va reposer sur cet échange social propre à la singularité de chaque personne. La relation de travail s'inscrit alors dans le projet collectif.

La définition choisie au départ utilise le terme « but commun » il y a donc un sens d'action communautaire pour concourir à l'obtention d'un résultat. L'individualité doit faire place au collectif pour coconstruire un projet à travers une perception analogue. F. CHAMPY en parlant de l'œuvre du sociologue Howard BECKER dit de la coopération « [...]qu'ils partagent des conceptions communes du travail qui, sauf dysfonctionnement n'ont pas besoin d'être explicités ». (P57) (36) L'un et l'autre participe à un projet collectif où l'apport de chacun renforce la compétence et permet la réussite.

3.2.4 Coopérer ou enrichir de ses compétences

Coopérer nécessite de collaborer. La différence avec la coopération est qu'elle permet une dynamique de groupe positive, axée sur l'échange et le partage. CHAMPY écrit : « [...] des chaînes de coopération qui ne sont pas limitées par des a priori quant aux acteurs qui seraient importants et ceux qui ne le seraient pas. Elle permet donc de démystifier [...] le professionnel ». (p57) (36)

Les acteurs d'une bonne coopération sont donc remis sur le même plan. Le statut social ou hiérarchique ne rentre pas en jeu ici. Il faudra alors se réunir, non seulement pour collaborer en apportant ses idées, ses valeurs et ses compétences, mais aussi faire passer cet apport par le prisme de la collectivité pour arriver à une vision entendue.

Pour réussir l'évolution de cette théorie vers la pratique, plusieurs facteurs paraissent utiles. Ces différents facteurs se retrouvent dans de multiples articles quant aux techniques managériales en entreprise.

1. La volonté de partenariat :

Il est impératif que le professionnel soit volontaire dans la démarche de coopération. Sans imaginer que chaque personne fera vœu d'altruisme nous ne pouvons pas non plus régir le

cadre coopératif par des mesures coercitives. Il faut un espace de « négociation » (IBID p58). Il faut réconcilier « l'intérêt individuel avec l'intérêt collectif ».(49)

2. Eviction de l'échec :

Il est primordial de conclure à un consensus d'idée à travers une liberté d'expressions et une non-ingérence. Sans cela des facteurs d'échec à la coopération sont envisageables. Chaque participant devra faire preuve de respect envers l'autre en reconnaissant la valeur qu'il apporte.

St ARNAUD Yves, psychologue consultant résume les critères de coopération en cinq items partenariat, concertation, alternance, non-ingérence, responsabilisation. (Annexe V) Pour permettre cela il faudra donc établir un cadre avec des règles qui permettent une « *marge de négociation* »(36) (p58). Un groupe de professionnels qui coopèrent ne se résume pas simplement à plusieurs personnes réunies dans une même salle. C'est la réussite de l'unification de toutes ces personnes malgré leurs statuts, caractères et ambitions à former un groupe coopératif.

Comme nous venons de le comprendre la collaboration, la coopération sont les outils indispensables d'une meilleure productivité et qualité dans le soin. Dans son livre *Coopération et réciprocité*, Laurent CORDONNIER⁸ écrit : « *C'est plutôt lorsqu'il existe des points d'accord possibles et des raisons de désaccord probable que se pose de manière pertinente la question de l'émergence de la coopération* ».(50)

3.3 LA RELATION DE CONFIANCE

Si nous voulons nous tourner vers une dynamique positive, il nous faut prendre en compte les besoins de nos collaborateurs : « *Les besoins de sécurité, de considération, de*

⁸ Laurent CORDONNIER : Sociologue et économiste français enseignant à l'université de Lille. Son ouvrage *Coopération et réciprocité*, cherche à répondre à cette question : *La coopération peut-elle émerger spontanément entre des individus égoïstes ? Autour d'une discussion il met en jeu les principes de don et contre-don et rationalité économiste.*

reconnaissance, les besoins de stimulations, le besoin d'appartenances et de sens ». (51) Chacun de ces besoins doit être considéré dans nos relations de collaboration. La coopération doit être cultivée par la relation de confiance. Il me paraît important de parler de cette relation de confiance comme clé de voute d'une collaboration et coopération constructives.

La confiance est une : « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* ». (52) C'est un choix délibéré où l'on s'en remet à l'autre avec une prise de risque calculée. Cette relation de confiance est régie par quelques règles élémentaires : (51)(p91)

- Elle doit se dispenser des diktats du pouvoir et de l'utilisation de l'autorité sur autrui.
- Le respect des engagements pris envers autrui
- La perception d'autrui sur des faits réels
- Le partage de l'information et connaissance

Dans le milieu professionnel, la confiance est instaurée sur des faits avérés par un vécu ou une expérience commune où l'autre a démontré ses compétences. C'est aussi un partage de valeurs et de principes communs. Elle s'appuie souvent sur un jugement que nous nous faisons de l'autre. Cela implique une connaissance de celui qui travaille avec nous, même si celle-ci reste minime. Avoir confiance nous renvoie à des concepts de sécurité et de fiabilité au travail.

Par rapport à l'autre, la conviction de pouvoir compter sur lui est l'élément fondamental d'une relation de confiance. La relation est un lien entre deux individus qui met en jeu la confiance envers soi-même et envers l'autre. La hiérarchie n'empêche pas la relation de confiance si elle repose sur les grands principes cités. Le management d'équipe encourage de plus en plus une organisation des intervenants tournée sur la confiance. La relation de confiance, parce qu'elle s'émancipe de l'arbitrage abusif de pouvoirs décisionnels, permet une optimisation de la recherche de solutions collectives. Le responsable devient un accompagnateur qui renonce au plein contrôle de ses collaborateurs au profit d'une

responsabilisation de ceux-ci. Pour que cette relation soit possible la communication et le dialogue ouverts sont essentiels : ils sont la meilleure solution pour résoudre toute incompréhension ou tout conflit.

La réalisation d'une enquête exploratoire et la réflexion sur les concepts m'ont permis de choisir mon outil d'enquête et d'élaborer mon questionnement.

4. ENQUETE ET METHODOLOGIE

4.1 METHODOLOGIE

4.1.1 Choix de L'outil

En accord avec ma directrice de mémoire j'ai choisi de réaliser une étude qualitative, par la mise en place d'un focus group réalisé à l'école d'IADE lors du second semestre de l'année 2022.

Le Focus group ou dit étude d'un groupe de personnes, est une méthode développée après la seconde guerre mondiale. Celle-ci consiste à réunir plusieurs personnes afin de constituer un échantillon représentatif d'une population. Il permet d'étudier par l'intermédiaire d'échanges dynamiques, des opinions idées et comportements communs. L'objectif premier d'un focus group est de récolter des connaissances par l'intermédiaire d'un recueil d'expériences et d'une analyse réflexive. La spécificité et le type de chaque intervenant construira et nourrira le groupe en enrichissant la discussion par sa capacité heuristique(53).

L'objectif pour moi dans cette enquête est de recueillir les différentes opinions sur les enjeux de la présence d'un IADE dans une consultation complémentaire d'anesthésie en objectivant les différents facteurs associés aux opinions et les sentiments qui peuvent y être associés. Cet outil me paraissait adéquate pour recueillir des expériences et des échanges qui nourriraient le sujet et laissant libre cours à la pensée de tous. Cela me

permettra de relever des données subjectives pour, dans une seconde recherche, réaliser une étude quantitative ciblée et objective.

4.1.2 Population

J'ai choisi de cibler la population des IADE et la population des MAR dans le même focus group. Le binôme étant au cœur de ce sujet il fallait que la méthode en soit représentative. Sur les conseils d'une doctorante en recherche, et avec la validation de ma directrice de mémoire, le groupe sera constitué de 8 personnes maximum.

Ce chiffre se justifie car un groupe de plus de 8 personnes pourrait poser des difficultés dans la dynamique d'échanges avec un temps de paroles mal réparti, ou l'impossibilité pour certains de s'exprimer. Le temps total nécessaire à la réalisation du Focus s'en serait trouvé rallongé. A l'inverse un groupe de nombre inférieur aurait été exigeant pour les participants en termes de prises de paroles. Il aurait pu être également moins riche dans la dynamique de communication et de partage d'expériences.

Mes critères d'inclusion :

- Hommes ou femmes
- 4 < ayant moins de 15 ans d'expérience
- 4 > ayant plus de 15 ans d'expérience
- Non-opposition
- En accord avec la démarche du focus group et les règles de bienveillance et respect

4.1.3 Faisabilité du projet

Pour organiser mon échantillon je me suis rendue sur 4 sites différents de Bourgogne ; j'y ai rencontré les cadres IADE ou directement les médecins anesthésistes afin d'expliquer personnellement ma démarche. Une première invitation leur a été donnée à diffuser aux équipes afin de lister le personnel intéressé. Trois semaines auront été laissées comme temps de réponses avec possibilité de recevoir plus d'informations si certains le

souhaitaient. A cette échéance j'ai récupéré les listes d'inscription remplies. Celles-ci ont été suffisantes pour sélectionner des IADE. Pour la population des médecins anesthésistes cette méthode n'a pas eu de succès et je n'ai eu qu'une inscription. J'ai donc décidé d'aller directement à leur rencontre et par souci d'équité j'ai fait de même pour chaque IADE invité.

Grâce à ses entretiens de terrain personnalisés, j'ai reçu beaucoup de retours positifs et intéressés. J'ai sélectionné 15 personnes et réalisé un planning partagé via l'application « DOODLE ». En raison de grandes difficultés de planning seulement 10 ont pu répondre présent sur la même date. Après avoir posé une date, les dix professionnels sélectionnés ont été invités pour palier à de possibles absences ou annulations. Ce qui fut le cas puisque le jour J deux annulations pour des raisons professionnelles ont eu lieu. L'échantillon est réduit à 8 personnes, nombre prévu initialement.

4.1.4 Organisation du focus group

L'organisation du focus group est une partie centrale au bon déroulement de cet entretien. Il permet de poser le cadre de notre démarche et conditionne la faisabilité et l'exactitude de notre recherche.

Le focus group a été préparé en amont par l'élaboration d'une grille d'entretien non directionnel (annexe 4), permettant l'introduction de l'entretien collectif par le souvenir d'une situation vécue. Cette grille était composée de plusieurs questions de relances permettant d'encadrer la discussion pour qu'elle reste productive. Pour permettre une dynamique d'entretien riche et une prise d'informations exacte j'ai sectionné le focus group en trois secteurs : Matériels/ Animateur/Observateurs.

Le matériel nécessaire a été listé :

- Deux Caméras
- Un ordinateur
- Deux systèmes d'enregistrements audio

- Réservation et disponibilité du lieu de réunion
- Invitations avec informations claires et précises du lieu de rendez-vous, horaire et temps de réunion, fournies au préalable à chaque participant
- Mise à disposition de collations pour les participants
- 8 Stylos et calepins utilisés pour l'entretien remis et offerts aux participants
- Nécessaire à une ambiance de salle apaisante (lumière, parfum de salle)

Je pris le rôle de chercheur animateur ayant rencontré chaque participant au préalable afin de maintenir une relation de confiance et un climat serein pour l'entretien. Ce rôle complexe consiste à :

- Accueillir les participants
- Expliquer la démarche de recherche
- Encadrer la prise de parole et répartir les tours de parole aux besoins
- Solliciter les participants effacés
- Instaurer les règles de l'échange
- Gérer la liberté de parole et le contrôle thématique de la discussion

Pour m'aider dans cette tâche, j'ai réalisé un support informatisé dynamique permettant de suivre un fil conducteur à la thématique de recherche. Pour Influencer la dynamique d'échanges et l'enthousiasme participatif j'ai construit le focus group sur plusieurs méthodes : Souvenirs d'expériences, Brainstorming, et transfert dans l'avenir.

Pour tenir correctement et complètement ce rôle je me suis fait seconder par une assistante de recherche. Le rôle de l'assistante de recherche sera

- La prise de notes écrites sur les points essentiels des échanges
- La prise de note d'une grille d'observation réalisée pour le focus (annexe IV)
- Gestion et vérifications du matériel technique lors de l'entretien
- Signalement au chercheur animateur de points d'attentions qu'il aurait omis.

Devant les diverses complexité et difficultés possibles j'ai décidé de réaliser une phase préparatoire avec un focus group test sur cinq personnes de mon entourage. Cette expérience m'a permis de pointer les problématiques possibles pouvant être évitées. Le

matériel choisi a pu être testé et validé. L'analyse du focus group par enregistrement audio me paraît être la méthode la plus fiable. Celle-ci permet une retranscription complète et plus juste de l'entretien collectif. La vidéo, elle, permet une meilleure compréhension et analyse de la grille d'observation comportementale réalisée.

4.1.5 Méthodologie d'Analyse

Pour analyser ce focus group je me suis reposée, inspirée du concept « *d'analyse par théorisation ancrée* » de PAILLE⁹ qui dit :

« L'analyse par théorisation ancrée (qui est une des nombreuses méthodes d'analyse qualitative) est une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène, [...] c'est-à-dire que son évolution n'est ni prévue ni liée au nombre de fois qu'un mot ou qu'une proposition apparaissent dans les données. Ainsi, elle ne correspond ni à la logique de l'application d'une grille thématique préconstruite ni à celle du comptage et de la corrélation de catégories exclusives les unes des autres. En fait, l'analyse par théorisation ancrée n'est pas l'analyse d'un contenu elle équivaut beaucoup plus justement à un acte de conceptualisation. »(54) p.151

Selon PAILLE l'analyse débute dès la collecte des idées des participants. La retranscription de l'entretien collectif est réalisée littéralement en respectant le discours et vocabulaire de chacun (verbatim). Les expressions sont complétées par la grille non verbale, qui permet de donner le ton et l'intensité du discours retranscrit.

Lors de cette retranscription, je procède à l'anonymisation de chaque participant. Pour chacun, l'anonymat est réalisé via une feuille signalétique qui permet de garder des

⁹ Professeure titulaire à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Sherbrooke (Canada). Chercheur dans les domaines de l'éducation, de la santé et en psychopédagogie.

informations sur le sexe, l'âge, la durée d'expériences, le niveau d'études ou le lieu d'exercice. Un numéro et le statut professionnel donnera le codage de la population.

Cette étape de retranscription fut longue, environ une heure pour dix minutes d'entretiens. Mais elle m'a permis de m'imprégner du discours de chacun et des données recueillies. Il me paraissait également plus sûr de retranscrire cet entretien collectif moi-même pour plus d'exactitude ayant participé à l'échange en tant que modératrice.

Je vais suivre les 6 étapes décrites par PAILLE (ibid p153) de manière non exhaustive :

- Codification : étiqueter les éléments du corpus
- Catégorisation : classer les aspects importants
- Mise en relation des idées
- Intégration : consiste à cerner le propos
- Modélisation
- Théorisation : constructions de l'analyse thématique dans toutes ses dimensions

En partant de ces étapes, je vais réaliser plusieurs lectures qui me permettront d'avancer pour la compréhension de mon enquête.

Analyse Verticale

L'analyse s'effectue ensuite par une lecture dite « verticale, flottante »(53)p172 ,celle-ci permet de se réimprégner du déroulé du focus group. La seconde lecture se réalise avec les notes de terrain et annotations d'idées importantes ou échanges ayant donné lieu à de nouvelles idées. Une troisième lecture, sera plus analytique en reprenant les idées fortes de chaque moment de l'entretien collectif.

Analyse Horizontale

Cette lecture consiste à catégoriser et à faire ressortir le sens profond des mots utilisés. Nous sommes alors dans l'intégration, la modélisation et la théorisation de PAILLE :

« Cette activité fait intervenir la sensibilité théorique du chercheur, c'est-à-dire la capacité de tirer un sens des données, de nommer les phénomènes en cause, d'en dégager les

implications, les liens, de les ordonner dans un schéma explicatif, bref de les analyser de les théoriser » (ibid p160).

Pour cette lecture je mets en place un code couleur qui répondra à chaque enjeu traité : Bleu : renforcement du binôme, Vert : renforcement de la qualité, Jaune : évolution de la profession et enrichissement, Orange : les limites et Violet: tout ce qui pourrait avoir été non catégorisé.

En partant de ces deux lectures, les idées principales du Focus group sont dégagées et je m'emploierai à réaliser une analyse qui visera à répondre aux trois hypothèses posées.

4.2 ANALYSE DU FOCUS GROUP

Pour analyser le focus group, je commencerai par reprendre la discussion via une analyse descriptive selon chaque hypothèse émise sur les enjeux autour de la création d'une consultation IADE. Cette analyse démarrera à partir de l'hypothèse 2 pour des raisons de fluidité vis-à-vis du déroulement du Focus Group. Après avoir énoncé les faits relevés lors de ce temps d'échange je réaliserai une synthèse des idées soulevées lors de ce focus group.

Tout d'abord l'installation s'est réalisée dans une atmosphère sereine, le placement des participants s'est effectué librement. Le groupe ne s'est pas positionné par profession mais librement dans la salle. Deux MAR (3 et 4) se sont placés par affinité. Sur 7 participants, 6 semblaient calmes et sereins avant le début du focus group et seule l'IADE 5 a montré des signes de gêne avec un regard fuyant. L'ensemble des participants semblait souriant et enjoué à l'idée de participer au focus group. (Cf : grille d'observations annexe 3)

4.2.1 Hypothèse N°2 : La mise en place d'une consultation IADE renforce le binôme MAR/IADE dans une prise en charge péri opératoire.

La CONFIANCE maître mot du binôme :

Quand on parle du binôme MAR/IADE beaucoup de mots reviennent dans ce focus : « *confort, enrichissant, nourricier, sécurisant, rassurant, sécuritaire et relation de confiance.* » Le gain de sécurité par le binôme est très appuyé dans le dialogue, le mot sécurité en lui-même est prononcé 7 fois sur les 4 premières pages. Pour MAR 3 et MAR 4 qui ont connu l'anesthésie sans IADE, ils s'accordent à dire que la sécurité est optimale avec un IADE :

« *MAR 3 : L'époque avec IADE c'est un confort [...] chacun sait ce qu'il fait ou a à faire* » (Cf retranscription Focus Group (FG) L 33.36).

L'IADE est vu par les MAR comme un professionnel complémentaire qui est devenu le point de sécurité ou de « *verrou* » (Cf, FG : L 63) qui manquait à l'anesthésie. On parle de l'intérêt du « *double regard, le second regard* » (Cf, FG : L 63), ce regard reste bienveillant dans le binôme. L'IADE pourrait être celui capable d'éviter une erreur ou de mettre en avant une information pertinente. Tour à tour, lui ou le MAR, deviennent les contrôleurs et garants de la sécurité.

« *Une sécurité en plus. Par exemple, très souvent, quand je marque Céfazoline prophylaxique alors que le patient est allergique à la pénicilline et que je l'ai lu pourtant, Et bien heureusement que l'infirmier anesthésiste est là à me dire : Tu es sûr que tu veux qu'on fasse ça ?* » (Cf, FG : L 40.44)

MAR 1 parle même du « *rôle fondamental* » du IADE si l'on veut respecter les règles de bonnes pratiques (Cf, FG : L 68). La mise en place du rôle IADE au bloc opératoire a été vécue comme une mise en sécurité pour le MAR. Il peut ainsi se reposer sur la surveillance du IADE et sur ses compétences, qu'elles soient dans la préparation du matériel ou la proposition de celui-ci :

« C'est sûr que par exemple quand on a des questionnements sur certains matériaux ou monitorages, comme les IADE tournent et qu'ils ont pu utiliser sur un autre Bloc un matériel que nous on ne sait pas forcément utiliser : Tiens... on pourrait peut-être utiliser ça, on peut aller le chercher... Voilà ça fait découvrir, c'est bien qu'ils proposent. Il y a une complémentarité on n'a pas la même vision des choses forcément. » (Cf, FG : L 231.236) L'anesthésie est une pratique en constante évolution sur le plan technique et le fait d'être polyvalent permet d'augmenter son champ de pratiques avec l'apport de nouveaux outils, ou échanges concernant les dernières études. Cela est reporté sur la pratique quotidienne tel un cercle de l'échange, l'information devient la formation.

IADE 6 explique que le binôme met en relation *« deux experts »* (Cf, FG : L 50), qui par leurs formations différentes mais également complémentaires ont permis d'optimiser la prise en charge des patients en anesthésie.

Pour que cette sécurité se réalise au mieux, il revient régulièrement la notion de confiance au sein du binôme. Pour collaborer, selon MAR 2, il faut pouvoir avoir confiance dans les compétences et la façon d'exercer de l'autre. L'autre devient alors complémentaire de notre exercice. La réalisation des tâches même dans les plus difficiles s'en retrouve facilitée et plus sereine :

« Dans des situations un peu compliquées ou qui n'ont pu être anticipées, eh bien, c'est reposant d'avoir une complémentarité dans ce qui se passe et rester dans cette confiance, même pour des actes qui deviennent de plus en plus complexes. » (Cf, FG : L 29-32)

L'efficacité et la sécurité sont dépendantes de la confiance. Il faut que l'IADE et le MAR se ressentent en confiance dans la liberté d'exercer leurs rôles, de s'exprimer l'un envers l'autre. Ceci est exacerbé dans les situations dites à risques ou d'urgence.

« [...] cette confiance de pouvoir exprimer le doute ou le questionnement et c'est en ça que l'on gagne en efficacité dans cette prise en charge [...]. On n'est pas pareils on ne pense pas forcément pareil et on le ressent on le voit et cela améliore nos prises en charge. Il faut qu'il y ait une vraie confiance entre les deux collaborateurs par contre. » (Cf, FG : L 156.160)

IADE 6, qui a connu l'époque des ISAR et même des IDE faisant fonction, explique que cette complémentarité s'est épanouie grâce à la formation spécialisée car avant celle-ci : « *c'est vrai que pour tout ce qui est routinier ça passait, mais dès que ça sortait de l'ordinaire, c'était quand même compliqué* » (Cf, FG : L 134.135)

Pour IADE 5, plus jeune dans la profession, le binôme s'inscrit comme « *une garantie* » (Cf, FG : L 147), qui leur permet de se rassurer mutuellement sur leurs prises en charge ou leurs choix. Le MAR restant garant final des opérations.

« *C'est un vrai plus d'avoir les anesthésistes : il y a une vraie relation de confiance, c'est hyper sécurisant. Tu sais que tu peux compter sur eux à tout moment. Et ça, pour moi, c'est important... c'est un plus... ils sont disponibles. C'est une garantie... ils sont garants [...]* » (Cf, FG : L 145.146)

On note aussi que certains MAR ne se voient plus réaliser des anesthésies et leurs surveillances sans IADE : « *Enfin moi clairement je le dis, si je n'ai pas d'IADE on n'ouvre pas la salle. On ne sait plus faire... (soupir... sourire) Donc oui on perd un peu.* » (Cf, FG : L 95.96) Alors que d'autres pensent utile de continuer par moment de réaliser des anesthésies sans IADE dans le but de ne pas perdre en compétences (Cf, FG : L 58.59) et d'apprécier d'autant plus les moments où le binôme s'instaure. On pourrait se demander quelles compétences se retrouvent perdues ? Est-ce la préparation de salle ? Les manipulations et surveillance du respirateur ? Ou encore la préparation des thérapeutiques ? Des hypothèses auxquelles le groupe n'a pas répondu.

La reconnaissance du gage de sécurité faite, les participants expriment l'aspect hiérarchique de ce binôme qui prédomine. L'IADE est invité à s'exprimer et à collaborer dans un aspect correctif mais pour certains son avis n'est pas forcément attendu :

« *MAR 4 : Est-ce qu'on collabore, coopère ?... Moi je ne demande pas l'avis de l'IADE pour savoir si on fait comme ça, si ça lui va. Ma place je la connais la sienne il doit la connaître.* » (Cf, FG : L 202.203). On peut noter ici l'importance pour le MAR de maintenir une "place" bien déterminée à chacun. Cela peut être dû à son ancienneté dans la profession (>15 ans), à sa formation car elle a connu l'anesthésie sans IADE ou encore étant une femme a-t-elle

eu plus de difficulté à imposer son statut ? On peut penser là à un enjeu de pouvoirs qui se mêlerait à la relation MAR/IADE. On pourra pourtant pondérer ses propos puisque cette même personne met en avant la valeur correctrice que peut avoir le rôle de l'IADE.

Pour IADE 7, son rôle n'est pas que purement technique et lié à l'exécution de tâche. Pour elle, elle réalise également une réflexion sur le patient, son terrain, les risques et la préparation en lien et apporte ses qualités de professionnelle : « [...] pour moi on est quand même là pour réfléchir...(rire) je ne sais pas. Je crois que oui, il faut se référer au MAR évidemment mais on a peut-être à gagner de faire valoir nos compétences en réflexion. » (Cf, FG : L 228 .230) La compétence est évolutive, elle permet de lier l'expérience à l'expertise. Dans cette citation, l'IADE met en avant l'importance de développer ses compétences et les faire reconnaître pour une mise en pratique efficace et non réductrice de sa profession. L'IADE fait alors preuve de compétences techniques et théoriques qui lui permettent un savoir-faire et un savoir être. Triptyques usuels des compétences : savoir, savoir-faire savoir être, celui-ci complet ne pousse-t-il pas une profession vers la prise d'initiative et de responsabilité de manière logique ?

MAR 1 voit l'IADE comme « *force de proposition* » (Cf, FG : L 246) c'est grâce à cette communication possible que le respect de l'autre et de ses compétences, naît et permet une collaboration efficace.

« *Mais pour moi un bon IADE en qui je peux avoir confiance puisqu'on parle beaucoup de confiance, eh bien c'est un IADE qui pense, propose, rattrapera peut-être la mise, et pourra réagir en situation d'urgence le temps que j'arrive. C'est juste essentiel.* » (Cf, FG : L 255.257)

On peut s'arrêter sur l'importance donnée à la confiance en l'autre dans la communication. Si se connaître permet une entente et une meilleure anticipation des habitudes de chacun, il n'en reste pas moins important de souligner le risque de ces communications silencieuses. « [...] *on ne se parle même pas. Il y a une communication non verbale* [...] » (Cf, FG : L 72). L'habitude implique aussi des risques, et en tout premier lieu celui de l'interprétation qui engendre le risque d'erreurs. Alors qu'un binôme moins habitué à travailler ensemble, se verra obligé d'optimiser sa communication pour agir. Le binôme

habitué à travailler ensemble risque d'agir en pensant que... c'était ce que l'autre pensait ou voulait.

En termes de responsabilités et de pouvoirs décisionnels les IADE ne remettent pas en cause l'attribution de ces rôles aux médecins ;

IADE 7 : « *quelque chose que je ne remettrai jamais en cause.* » (Cf, FG : L 172)

IADE 5 : « *Ce n'est pas notre rôle.* » (Cf, FG : L 218)

Cela soulève un point important, même si pratiquement tous les intervenants s'accordent à dire que l'IADE est là pour apporter son questionnement, ses réflexions et ses compétences, tous donnent à chacun une place bien distincte dans le binôme. Ainsi le MAR doit garder le pouvoir décisionnel quant à la prise en charge du patient. C'est lui qui prend la responsabilité et donc la prise de décision finale. MAR 4 met même en avant la notion « *de ne pas suppléer les erreurs du médecin* », on peut voir ici un aspect presque protecteur envers l'IADE dans cette démarche.

Le binôme n'est pas constitué de deux personnes égales dans le partage de décisions, de responsabilités ou de tâches, il est vu comme un enrichissement par la différence de ces deux acteurs. Pour que cet apport constructif soit possible, il doit se désolidariser de la notion de "pouvoir abusif" qui ne permet pas la liberté de communication et l'échange. Dans ce binôme, le respect des compétences de l'autre est l'une des pierres angulaires. Ainsi le binôme agit sur les différentes barrières permettant de diminuer les risques. L'HAS parle de :

- Barrières préventives : ex : la check-list HAS
- Barrière de récupération : ex : mise en place de mesures face à une erreur commise
- Barrière d'atténuation des effets : ex : l'accident s'est produit mais on limite les conséquences (55)

Nous pouvons conclure que le binôme MAR/IADE a démontré toute son importance et efficacité sur ses trois plans.

MAR 1 parle rapidement de « *l'élargissement du rôle IADE* » (Cf, FG : L 75), il esquisse les différents aspects pouvant s'ajouter aux prises en charge plus habituelles, tels que l'hypnose ou la communication positive qui lui permettent de : « [...] s'enrichir de chaque IADE. » (Cf, FG : L 253). Ses compétences transverses sont vues comme une amélioration de la prise en charge des patients :

IADE 5 : « *Quand le patient adhère à ces techniques, ça peut être une amélioration de ta prise en charge. [...] ce qui peut apporter à ton patient quelque chose de bien... moi je suis pour... pour que l'induction se passe le mieux possible et que ton réveil se passe le mieux possible. C'est hyper important.* » (Cf, FG : L 261.265)

Elles ne sont cependant pas vues comme une spécialisation possible à la profession d'IADE. Car elles ne pourraient être rendues obligatoires au programme de formation initiale dépendant fortement de l'envie et de la sensibilité de chacun.

MAR 2 : « *Après tu ne pourras pas en faire une compétence supplémentaire parce que tout ce qu'on peut citer c'est quand même assez personnel dépendant* » (Cf, FG : L266.267)

Cependant ces compétences ajoutées et l'effort d'une universalité de langage, quant à la communication positive doit faire partie d'une sensibilisation (Cf, FG : L 278) des agents dès l'école IADE. MAR 1 exprime l'importance du sujet en le plaçant au cœur des réflexions du bloc opératoire pour son établissement. (Cf, FG : L 298.299). Ces compétences ont donc bien une valeur ajoutée selon l'intégralité du groupe, mais qui doit s'adapter à chaque patient et à chaque soignant. Pour MAR 2 il semble essentiel de marquer l'importance de la pluralité de compétences : « [...] *On est tous les maillons d'une chaîne* » (Cf, FG : L 317). On comprend par l'intermédiaire de IADE 6 qu'elle est très impliquée dans son service :

« *Tu avais fait une formation aussi bien aux brancardiers qu'aux gens d'accueil dans les SAS : on voit que pour chaque intervenant, quel que soit le côté ou sa fonction, c'est important, parce que c'est une continuité. Et il fallait englober tout le monde dans ce changement d'attitude et de phrasé.* » (Cf, FG : L 312-315)

Ce qui ressort de cet échange est que les techniques complémentaires peuvent être optionnelles, mais ne peuvent être l'exclusivité de compétences IADE. « *MAR 4 : Mais ce n'est pas une compétence spécifique IADE donc il ne faut pas que ce soit un décret de compétence IADE.* » (Cf, FG : L322). On peut cependant imaginer dans l'avenir de la formation IADE, une initiation plus poussée sur ces techniques qui aujourd'hui prennent de plus en plus d'ampleur dans le monde de l'anesthésie. Cela pourrait notamment faire l'objet de module optionnel complémentaire à la formation comme le DU douleur, intégré par certaines écoles IADE au cursus initial.

Une préparation de ces cas particuliers en amont, engendre un intérêt pour tous si l'on en croit la suite du focus.

Le renforcement du binôme non sans peurs

Le binôme ayant fait ses preuves en per opératoire peut-il être renforcé par un IADE qui participerait aux parcours du patient en pré ou post opératoire ? (Cf, FG : L 74.75) Ce questionnement est venu naturellement se poser lors du focus et l'initiateur en a été MAR 1, qui a réalisé un parallèle avec les protocoles RAAC qu'il a lui-même mis en place dans son établissement.

« *MAR 1 : Pour moi l'IADE de par sa formation a vraiment un plus à apporter au patient avant le bloc et après. Moi j'aimerais que mes IADE soient impliqués dans le parcours global, leur investissement serait différent et notre binôme aussi" ((Cf, FG : L 376.378).* Pour lui un IADE plus intégré dans le parcours global du patient lui permettrait une amélioration de son investissement en per opératoire et une progression dans la relation du binôme. A cette affirmation les IADE 6 et 7 ont répondu très positivement et de manière enthousiaste :

« *IADE 6 : je pense qu'on comprendrait mieux déjà les MAR, et peut être qu'au lieu de parler de hiérarchie absolue on parlerait plus du patient et de prise en charge mutuelle, conjointe ...je sais pas je rêve mais d'un binôme lié.* » (Cf, FG : L 381-383)

Pour IADE 7 inclure un IADE en pré opératoire permettrait au binôme d'être plus « *complémentaire* » (Cf, FG : L 388). IADE 6 parle également d'anticipation, d'encadrement et d'amélioration de la préparation des patients pour le bloc opératoire. (Cf, FG : L 399) Selon elles, on peut comprendre qu'un IADE investi dans le pré opératoire au côté du MAR permettrait d'atténuer le pouvoir hiérarchique pour favoriser l'entraide, la collaboration et la coopération dans une prise en charge plus centrée sur le patient.

On ne ressent pas l'envie de se passer d'un des acteurs du binôme, bien au contraire, IADE 7 appuie sa réflexion par le terme « *binôme lié* » (Cf, FG : L 383). On cherche vraiment là à consolider une équipe déjà en place qui a fait ses preuves en per-opératoire et qui pourrait les faire en pré opératoire. Particulièrement dans la préparation, terme soulevé plusieurs fois : « *Mieux préparer les gens* » (Cf, FG : L 368) dans ce focus.

Les limites sont posées par MAR 3 qui réalise un parallèle avec les IPA de son établissement. Elle craint « *certaines dérives* » (Cf, FG : L 410) et s'exprime alors par le « *Nous* » désignant ainsi ses collègues MAR. Celle-ci compare l'idée d'un IADE en consultation complémentaire au rôle tenu par les IPA dans son établissement. A l'aide d'un exemple (Cf, FG : L 415-420) elle exprime son sentiment partagé face à ce qu'elle apparente à un désinvestissement de la profession médicale face au patient. MAR 2 l'appuie dans ces mots : « *Tu désinvestis le rôle du médecin, il y a des excès quoi.* » (Cf, FG : L 422). Mar 3 ne semble pas réellement inclure cette crainte vis-à-vis des MAR mais plus envers les équipes chirurgicales :

« [...] j'ai l'impression que les CHIR et les oncologues moins ils en font (enfin j'exagère ils ne sont pas tous comme ça) mais je trouve qu'il y a une petite dérive. » (Cf, FG : L 434.435). MAR 4 répond à cela par une affirmation : « *Ça permet de faire plus de consultations en même temps quoi.* » (Cf, FG : L 426). Elle met ici en avant l'aspect de temps et d'économie qui peut être également à prendre en compte particulièrement dans le contexte sanitaire post Covid que nous vivons. Il ressort à ce moment une des limites qui semble principale, l'aspect démographique de la profession IADE. Je reviendrai sur celle-ci un peu plus loin dans notre analyse. Mar 3 met bien en avant que sans cet aspect démographique, ils auraient déjà mis en place des protocoles coopératifs au sein de son établissement : « *Et moi dans la profession si on avait eu assez d'infirmiers anesthésistes on aurait sûrement mis*

en place la délégation de tâches » (Cf, FG : L 436.437). Elle semble restée favorable malgré ses craintes à plus d'investissement des IADE : « [...] des IADES qui participeraient plus pourquoi pas » (Cf, FG : L 450). Pour MAR 1 cette investissement devrait se faire dans une meilleure préparation et suivi du patient (Cf, FG: L 342). Mieux préparer ! Voilà ce sur quoi il insiste, la qualité de prise en charge du patient n'est pas jugée mauvaise à l'heure actuelle. Pourtant ne devons-nous pas rester dans une recherche constante d'amélioration comme la profession l'a été lors de l'amélioration de la qualité en per opératoire ou en SSPI en 1994 ? L'IADE doit-il être une aide dans cette préparation ? Alors posons-nous cette question : comment, réellement, une consultation complémentaire IADE peut-elle améliorer la prise en charge du patient ?

4.2.2 Hypothèse N°1 : La consultation IADE RENFORCE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT.

Un temps en plus [...] Hyper positif

L'idée d'une consultation préopératoire complémentaire à celle du MAR est vue comme : « [...] quelque chose d'hyper positif [...] parce que c'est un temps en plus » (Cf, FG : L 457.458). Un temps de qualité retrouvé pour communiquer avec le patient face à la déshumanisation des soins, en lien avec l'absence de personnel dans les services selon MAR 1(Cf, FG : L 472). IADE 6 rajoute qu'elle doit être et rester complémentaire à la consultation anesthésique (Cf, FG : L 521). Ce qui est confirmé par IADE 7 : « *Alors complémentaire forcément puisque la consultation est médicale et a permis plus de sécurité.* » (Cf, FG : L 669.670). Cette phrase est acquiescée d'un mouvement positif de la tête par les deux autres IADE. Ici on comprend qu'il n'y a pas débat, la consultation anesthésiste n'a pas pour les IADE à être remise en cause. Ce temps doit être « *un complément* » (Cf, FG : L 521) « *on ne va pas refaire la consultation d'anesthésie à la place du MAR.* » (Cf, FG : L 710). Il était important que cela soit précisé par les IADE car les craintes des MAR 2, 3 et 4 sont les dérives sous-jacentes à l'arrivée du binôme dans l'instant de consultation : « [...] ça risque

d'amener des dérives. » (Cf, FG : L 730). Cette idée soulève également de nombreuses peurs : La peur de perdre une place, celle de consultant :

« [...]se voir confisquer la consultation d'anesthésie [...] une crainte légitime. Ce n'est pas dans tous les pays qu'il y a une consultation d'anesthésie. » (Cf, FG : L 626.627)

La peur de perdre sa place de conseiller auprès du patient :

« Tu perds un peu ton rôle de praticien conseiller » (Cf, FG : L 533)

Enfin la peur que cette perte engendre un manque d'humanité, de relationnel entre le MAR et le patient, une consultation qui deviendrait une simple formalité technique et administrative.

« Le docteur il va être technique [...] tout le côté humain que l'on a déjà quasiment plus et ben on l'aura encore moins. » (Cf, FG : L 670.671)

« J'aurai peur que ça enlève de l'humanité à mon travail » (Cf, FG : L 694)

On lit ici l'inquiétude qui peut se lier au changement, même si on affirme bien ne pas vouloir remplacer la consultation anesthésique, la peur reste présente, celle d'être déshumanisée, la peur de perdre dans la qualité de la consultation MAR, pour être cantonné à l'aspect purement médical de la consultation. A ce moment-là du focus group on peut ressentir la tension que cela provoque chez ces 3 MAR : les bras sont croisés, fermés sur soit, les têtes obliques en signe de refus et malgré les IADE, qui à cet instant expliquent qu'ils ne souhaitent pas cela, c'est seulement quand MAR 1 prend la parole que l'apaisement arrive. IL explique que pour lui, ayant l'expérience d'un temps de consultation partagée pour les patients dépendant du protocole RAAC, il ne le voit pas comme un moment qui *« dépossède »* (Cf, FG : L 458) de son temps à lui mais comme un autre élément, un atout, un plus qui permet une amélioration de la qualité de prise en charge. On peut réaliser un listing de ce que ce Mar et les IADE mettent en avant dans l'intérêt qualitatif de ce temps d'échange.

- Rajouter de l'information, élargir le champ d'information : (Cf, FG : L 642)
- Réexpliquer : (Cf, FG : L 405)

- Augmenter le temps d'échange pour expliquer la prise en charge : (Cf, FG : L 643)
- Raccourcir le temps de séjour en permettant un suivi post opératoire :
(Cf, FG : 674)
- Réhumaniser la relation patient/soignant par une prise en charge personnalisée
(Cf, FG : L 676)
- Diminuer l'anxiété : « *dédramatiser, démystifier* » (Cf, FG : L 669.702)
- Proposer et préparer pour les techniques complémentaires : « *mieux préparer* »
(Cf, FG : L352) ; « *Le IADE pourrait avoir le temps de proposer des alternatives à l'anxiété, ou alors rappeler les personnes chez elles.* » (Cf, FG : L 702.703)
- Répondre autrement, entendre autre chose : « *mieux informer* » (Cf, FG : L 352)
« *ils ne posent pas les mêmes questions à une infirmière qu'à un médecin. Ils ne s'autorisent pas les mêmes réflexions.* » (Cf, FG : L 608.609)

L'aspect préparation du patient est importante, pour MAR 1 la préparation a une incidence directe sur le per opératoire et le post opératoire : « *Mieux préparer les gens psychologiquement, ça va jouer aussi... la nutrition etc...enfin il y a plein, plein de composantes* » (L 368-369).

Arrêtons-nous sur cet exemple : la nutrition ! La dénutrition des patients est un enjeu de santé publique, elle augmente la morbi-mortalité des patients, le temps de séjours et plus globalement le coût des soins. Elle fait donc l'objet de recommandations réalisées par la SFAR et le SNFEP. Lors d'un précédent stage au sein d'une unité "recherche en nutrition" le docteur en nutrition a marqué son intérêt tout particulier dans une possible collaboration avec l'IADE pour mieux déceler et améliorer la prise en charge du patient dénutri. Cet exemple corrobore l'importance accordée à la préparation du patient avant une intervention par de multiples professionnels de santé.

Pour le groupe, ce temps de préparation n'est peut-être pas à dédier systématiquement à tous les patients : « *Pour moi, ce ne serait pas tous les patients. Ce n'est peut-être pas non plus utile de réexpliquer à tous les patients.* » (Cf, FG : L 770). Il doit être ciblé, surtout que comme le rappel MAR 4, il y a une réelle pénibilité possible lors d'une consultation (Cf, FG : L 697). Il y aura des personnes qui auront besoin de plus de temps que d'autres pour

comprendre les choses. Quand il s'agit de préparer le patient à une anesthésie pour l'utilisation de techniques complémentaires, l'assemblée est enthousiaste unanimement, le verbatim en témoigne : « *hyper intéressant [...] juste le bonheur* » (Cf, FG : L 756.757), « *clairement idéal* » (Cf, FG : L 762). On ressent dans les exemples cités qu'aujourd'hui le manque de préparation du patient peut parfois être pesant pour les praticiens. MAR 3 dit clairement : « ce n'est pas assez organisé chez nous » (Cf, FG : L747) Dans la fin de son exemple, elle relève même le fait que l'IADE réalisant l'hypnose au sein de son bloc prend d'elle-même de son temps personnel pour rencontrer et préparer les patients en amont :

« *Je crois que d'ailleurs quand elle peut cette IADE prend sur son temps perso pour réaliser des entretiens préalables quand on a des gens intéressés par l'hypnose... c'est vrai qu'on pourrait lui aménager du temps. Si, je le répète, le nombre était là* » (Cf, FG : L751-752).

Un temps de préparation prévu pourrait encadrer ces pratiques et permettre à tous les patients demandeurs, l'accès à ces soins et à leur qualité résultante. Ce qui est particulièrement intéressant à analyser dans la suite du Focus, c'est l'idée nouvelle que l'IADE outre l'aspect préopératoire pourrait avoir un intérêt lors d'un suivi post opératoire.

L'influence du postopératoire sur les compétences per opératoires

MAR 1 émet son intérêt pour la : « *dimension péri opératoire* » (Cf, FG : L 342). Pour lui l'IADE est très impliqué dans le per opératoire au cours de sa formation mais l'impact du post opératoire y est peut-être délaissé (Cf, FG : L 344). MAR 4 qui semblait craintive sur le rôle d'un IADE en préopératoire, prend les devants pour dire : « *Dans la gestion de la douleur post op ce serait intéressant d'avoir des IADE, oui clairement* » (Cf, FG : L 483). Pour elle aussi l'IADE semble une valeur ajoutée dans le suivi du patient sur la prise en charge de la douleur ou encore pour avoir du recul sur certains types d'anesthésie tels que les Anesthésies Loco Régionales leurs bénéfices et conséquences (Cf, FG : L 486-488). Mar 2 confirme un peu plus loin son intérêt (Cf, FG : L 491). Pour elle c'est un manque dans la prise en charge actuelle que de ne pas avoir ce suivi post-opératoire. « *[...] ce serait très bien parce que ça manque* » (Cf, FG : L 496). MAR 3 est la dernière à appuyer cette idée.

Grâce à son expérience elle nous explique qu'à l'époque de Mr CHIRAC, la prise en charge de la douleur était au cœur de notre politique (Cf, FG : L 663-664). Elle fait ici référence au second plan national de la lutte contre la douleur de 2002-2005, qui faisait suite à celui de 1998-2000. Le but était :

- L'amélioration de la prise en charge des douleurs
- La formation continue et initiale des professionnels
- Une amélioration des utilisations thérapeutiques (56)

Elle nous donne avec humour son sentiment d'oubli face à cette thématique remettant en cause les limites démographiques des personnels de santé. (Cf, FG : L 667-669)

Pour eux, les compétences du IADE ne font aucun doute en per opératoire, c'est même ce qu'ils recherchent chez un IADE : « *Je veux quelqu'un de vraiment compétent* » (Cf, FG : L 831) et cette compétence que MAR 4 juge « *technique* » (Cf, FG : L 834) mais qui selon IADE 7 pourrait trouver tout son sens en post opératoire et faciliter un lien de communication déjà établi avec le MAR (Cf, FG : L 488-489). Pour MAR 1 le post opératoire doit faire partie de la formation initiale des IADE au même titre que pour les internes. (Cf, FG : L345 – 348). On peut penser qu'il fait référence au « Diplôme Universitaire (DU) de Médecine péri opératoire, de réhabilitation précoce et de chirurgie ambulatoire ». Ce DU a pour objectifs :

- L'amélioration des compétences transversales nécessaires à la préparation d'un patient opéré
- Organiser un parcours de soins ambulatoires et les protocoles de réhabilitations en lien avec ceux-ci
- Coordonner le retour à domicile et s'assurer de la continuité des soins (57)

Ici on parle spécifiquement de la prise en charge en protocole RAAC mais on peut imaginer ouvrir le champ à d'autres types d'interventions. Pour MAR 1 et comme nous le savons aussi, l'anesthésie impacte directement le post opératoire, curarisation mal maîtrisée, allongement du temps de réveil, remplissage excessif... Autant de données qui peuvent rallonger le temps d'hospitalisation et diminuer les chances de réhabilitation du patient.

Pour MAR 1 si un IADE réalise un suivi post-opératoire il voit directement les bénéfiques et les risques de ses actions en per opératoires. Ce qui l'impliquerait peut-être encore plus dans la prise en charge per-opératoire afin d'être le plus optimal possible dans sa surveillance et ses actes. « *Si on ne prend pas le post op on ne voit pas l'impact* » (Cf, FG : L371-372). L'implication du IADE en post opératoire pourrait donc améliorer la prise en charge per opératoire. Cette hypothèse est également émise par IADE 7 : « [...] *ce serait pas mal si on suivait un peu nos patients pour améliorer nos prises en charge* » (Cf, FG : L 511.512).

Outre la qualité qui semble s'ajouter avec l'IADE intégré dans le parcours péri opératoire, cette idée est-elle cohérente avec l'évolution du système sanitaire actuel ? Initier un IADE dans une prise en charge globale peut-elle être une réponse à la peur des IADE face aux IPA ? Analysons notre hypothèse trois pour tenter de le savoir.

4.2.3 Hypothèse N°3 : La consultation IADE participe à l'évolution et à l'enrichissement de la profession IADE

Des professions en mouvement

Quand on parle de profession on parle souvent de corporatisme, attitude qui tend à défendre son groupe professionnel de ce que l'on ressent comme un danger. Un des sentiments majeurs ressortis lors de ce focus est la peur. Cette émotion s'est révélée fortement au groupe lorsqu'ils ont abordé le sujet des IPA. Particulièrement pour la plus jeune des IADE présentes qui répète plusieurs fois le caractère anxiogène de voir arriver des IPA dans son domaine : « IADE 5 : *Moi je suis inquiète de l'avenir* » (Cf, FG : L 589.609.615)

Dans cette crainte on comprend plus loin, la peur de perdre l'intérêt pour la formation IADE au profit de la formation IPA :

« IADE 6 : A court terme ils vont être plus attractifs, il faudra même plus se faire suer pour passer un concours et être mieux payé que nous, donc au fur et à mesure on va partir en retraite et un jour il n'y aura plus personne en IADE. » (Cf, FG : L 977-979)

Cette peur nous ramène à notre historique des professions, le changement engendre toujours des émotions. L'IADE a dû mener plusieurs "batailles" comme nous l'avons dit plus haut pour exister et évoluer dans sa profession. Il s'est émancipé d'un cursus médical en créant une formation spécialisée à part entière. Une formation chère aux IADE pour maintenir le niveau de compétences et de sécurité nécessaires à l'anesthésie. Leur peur est que celle-ci disparaisse au profit d'un programme universitaire via une spécialisation IPA anesthésie. La formation IPA à l'heure d'aujourd'hui est répartie sur 2 ans pour 709 heures de cours magistraux dont un tronc commun et 840 heures de stage. En comparatif il y a 910 heures de cours théoriques en formation IADE ciblés sur l'anesthésie et ses divers paramètres, 350 heures de temps de travail personnel guidées ainsi que 2030 heures de stages répartis également sur 2 ans.

Lors de la discussion, les IADE ne semblent pas opposés aux changements sanitaires que provoque l'arrivée en France des IPA. Ils montrent plus une incompréhension, de la non-reconnaissance de leurs compétences et spécialité.

« IADE 6 et 7 : Oui on va se faire bouffer, c'est sûr. C'est dingue ! c'est quand même nous le diplôme spécialisé en anesthésie et même en pré hospitalier on devrait quand même se dire qu'il y a des gens compétents, bien formés déjà là, au lieu d'en faire d'autres. Pourquoi on ne nous reconnaît pas ? » (Cf, FG : L 581.584)

Des termes forts sont utilisés « [...] on va vite devoir se battre sur les compétences. » (Cf, FG : L 977). On comprend ici que le futur immédiat des IADE est, pour une nouvelle fois dans leur histoire, de faire valoir leurs rôles, compétences et utilité dans le paysage sanitaire.

Si nous écoutons bien MAR 3, les craintes de ses IADE d'être évincés, remplacés, elle les retrouve dans son propre champ d'exercice. Encore une fois on ne ressent pas le refus de l'arrivée des IPA, mais le souhait de garder son cœur de métier. La peur de « désinvestir »

(Cf, FG : L 423) « de perdre un rôle » Cf, FG : (L 533), l'évolution et le changement ne sont pas réellement mal perçus tant qu'ils ne semblent pas abaisser la qualité désirée au départ.

A travers ce tableau conflictuel l'IADE qui craint une diminution de son champ d'exercice : « On va se retrouver cantonné au bloc » (Cf, FG : L 610), cherche à démontrer l'étendue de ses compétences. L'idée soulevée d'un IADE en péri opératoire semble séduisante pour ce binôme. Cependant le mot consultation en lui-même semble déranger. « Le mot dérange peut-être » (Cf, FG : L 754). Pour les MAR le mot consultation complémentaire peut peut-être porter à confusion. L'idée n'est pas de garder la propriété de la sémantique car cela peut porter à croire que la CCA ne serait qu'une copie de la consultation MAR. Alors que l'idée réelle est l'apport du regard et des compétences différentes de l'IADE, lors d'un temps nouveau afin d'optimiser la qualité de prise en charge. Comment ? En optimisant le parcours patient (Cf, FG : L 676-677), en élargissant le champ d'information du patient (Cf, FG : L 643), en majorant les explications si nécessaire. Ainsi qu'en délimitant un temps pour proposer des ressources dans le but de mieux aborder la période du bloc opératoire (hypnose, musicothérapie, manupuncture...) : « [...] Tu peux proposer de la musique [...] pour que l'induction se passe le mieux possible et que ton réveil se passe le mieux possible. » (Cf, FG : L 262-265). Augmenter la qualité en apportant une démarche réflexive sur sa pratique par l'écoute du patient et de son vécu (Cf, FG : L 511). Mais détaillons et reprenons cette démarche qualité.

La diversité augmente la compétence

Je voulais savoir comment le binôme MAR/IADE visualise le futur de la profession IADE. Nous avons lu que le Focus group s'oriente vers :

- L'implication d'un IADE en péri opératoire.

Concernant le préopératoire, il s'orienterait vers des prises en charge bien spécifiques et un suivi post opératoire qui resterait à définir en collaboration avec le MAR (Cf, FG : L 819). En gardant en tête le cœur du métier d'IADE, le peropératoire : « [...] C'est le cœur de métier

me semble-t-il et c'est aussi pour ça qu'il faut s'attacher à garder cette spécificité-là » (Cf, FG : L 823.824)

Pour IADE 7, l'aspect polyvalent de la formation IADE (préopératoire, bloc opératoire, salle de réveil) lui permet une approche réflexive et technique dans la prise en charge globale du patient (Cf, FG : L 848.849). Elle dit même plus loin, que cette idée pourrait « *faire durer les IADE* » (Cf, FG : L 901) dans le temps. Elle fait référence ici à l'épuisement professionnel des soignants, elle parle de démotivation touchant même les jeunes diplômés (Cf, FG : L 910). Elle amène ici l'idée du bienfondé de la diversité pour maintenir l'envie et la compétence au travail.

« Ce serait peut-être une ouverture que de sortir peut-être un peu de temps en temps de l'univers du bloc opératoire. Ça donnerait une bouffée d'oxygène. » (Cf, FG : L 912-913)

La profession IADE rassemble des professionnels souvent curieux et volontaires d'améliorer leurs pratiques. Les deux années d'investissement dans cette spécialisation en sont une preuve. IADE 5 répond très enthousiaste en utilisant les termes de : « *motivation* » (Cf, FG : L 923) « *d'enrichissement* » (Cf, FG : L 924) à pratiquer des choses moins routinières. Pour IADE 6, qui acquiesce par un langage non verbal, cela permet de rester au point sur ses connaissances et de maintenir à jour sa formation : « *sortir du bloc nous permettrait en même temps d'y être plus performant quand on y est* » (Cf, FG : L621-622).

« Oui on sort de notre routine, faut remobiliser des connaissances ou mobiliser d'autres connaissances » (Cf, FG : L 921.922).

MAR 3 confirme que la polyvalence aiguise l'attrait du professionnel pour son travail, elle-même travaillant sur un autre service (Cf, FG : L 937). L'habitude et la routine peuvent être synonyme d'une baisse de la qualité de vie au travail. Un IADE heureux serait-il un IADE curieux ? MAR 1 met en avant son expérience et son ressenti : pour lui les IADE qui sortent du bloc opératoire pour travailler en pré hospitalier par exemple ou qui s'investissent dans divers projets de services amènent de la qualité et de la compétence en per opératoire.

« Moi idéalement je vois parmi notre population d'IADE, ceux qui ont fait de la SSPI... ceux qui ont fait du SAMU... ceux qui remplacent à droite à gauche, ils sont plus dégourdis. Ils

connaissent mieux, ils sont plus réactifs... etc... Donc moi on me dirait mes IADE ils font un 20% de consultations préopératoires du patient avec suivi [...] ça augmenterait leurs compétences ils se rendraient compte de plus de choses, ils seraient plus réactifs sur certaines choses et ça enrichirait le métier [...] des fois le per-op est enrichi par des expériences autres aussi, et ceux qui s'enferment dans des trucs, souvent ils perdent des compétences... » (Cf, FG : L 871-884)

La polyvalence dans une profession peut-elle augmenter le degré d'expertise ? C'est ici, ce que laisse supposer MAR 1. La polyvalence est l'acquisition de nouvelles compétences dans différents domaines. C'est à l'heure actuelle un questionnement réel dans le management d'équipe, la polyvalence structurée et organisée dans un parcours professionnel peut permettre :

- Un investissement et une motivation augmentés du professionnel
- L'acquisition de nouvelles compétences
- Le décloisonnement des différentes spécialités
- L'optimisation de la formation continue des agents
- L'attractivité des postes pour le recrutement d'agents
- L'échange de compétences et des ressources (Cf, FG : L 231-235)

Cependant, pour que la polyvalence ne soit pas délétère pour le patient et le professionnel, elle ne doit pas être réalisée par contrainte ou pour combler un déficit en ressources humaines qui pourrait induire un sentiment de frustration et une perte de compétence de l'agent par un manque d'encadrement. L'antithèse du bienfondé de la polyvalence est la possible perte d'expertise par une tâche qui ne serait pas assez reproduite. Pour beaucoup de sociologues la polyvalence permet de s'opposer au "taylorisme" professionnel, qui consiste à décomposer, sectoriser et spécifier les tâches de chacun par soucis d'efficience. Ce jeu subtil entre la polyvalence positive et la polyvalence néfaste reste au cœur des études sur les professions encore aujourd'hui.

Pour IADE 7 la sortie des IADE du bloc opératoire pour prendre part à toutes les dimensions qui le composent, serait un réel progrès pour la profession et le patient. (Cf, FG : L 502.503)

En plus du parcours péri opératoire est évoquée lors du focus :

- La création de protocoles de coopération

MAR 3 en parle pour la pose de pic-line (Cf, FG : L 436.437)

MAR 1 pose aussi l'idée rapide de :

- Passerelles formatives pour une autonomie en SMUR

Ce qui permettrait aux IADE d'élargir leur champ de compétences dans le préopératoire au sein des SMUR, par des protocoles plus autonomes. (Cf, FG : L 600.602-603)

Si toutes ses idées sont intéressantes, celle du rôle de l'IADE en péri opératoire reste essentielle. Elle s'inscrit de manière positive dans une évolution de profession possible. Les professions sanitaires sont en perpétuel mouvement et restructuration. L'IADE pourrait ainsi s'inscrire par le parcours péri-opératoire, dans les futurs objectifs de la certification périodique mise en œuvre au 1 janvier 2023 :

« La mise en place de la certification périodique permettra aux 7 professions de santé à ordre (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinés, pédicures-podologues) leur accès à un programme individuel de formation. Les actions menées devront notamment permettre l'amélioration des compétences et des connaissances, contribuer au renforcement de la qualité des pratiques, et améliorer la relation avec les patients. En outre, ce programme devra comprendre des actions mises en œuvre par ces professionnels de santé pour un meilleur suivi de leur santé personnelle »(58)

Celle-ci a donc pour objectif de maintenir à jour les connaissances et compétences du soignant dans le temps. Compétences et connaissances valorisées dans la polyvalence du IADE lors d'une prise en charge globale.

Ce que nous retirons de cette analyse est que l'IADE souhaite valoriser ses différents champs de compétences actuels dans une prise en charge plus globale du patient pour l'avenir.

4.3 ELEMENTS DE DISCUSSION

Synthèse :

Si nous reprenons notre question de départ : **Quels enjeux dans la présence d'un IADE en Consultation Complémentaire d'Anesthésie (CCA) ?**

Nous pouvons tenter de répondre à nos trois hypothèses.

Hypothèse 1 : La consultation complémentaire IADE renforce la démarche qualité auprès du patient.

A cette première hypothèse, l'analyse a démontré que dans un cadre défini et pour des prises en charge spécifiques, une meilleure préparation réalisée par l'IADE en pré opératoire augmentait la démarche qualité. Cependant, elle devra faire l'objet d'une étude à part entière se basant en tout premier lieu sur les attentes et les souhaits des usagers. Son cadre devra être clairement défini en collaboration avec le MAR afin qu'elle ne soit pas un poids supplémentaire dans le parcours patient mais bel et bien une plus-value. L'accent est principalement mis sur la préparation individualisée du patient en préopératoire. Les protocoles RAAC déjà en place pourraient être une base de travail pour y réfléchir. Enfin, par rapport à ces protocoles une autre question se pose pourquoi ne pas inclure des IADE en consultation RAAC qui semblent être plus spécialisés dans le parcours patient ?

Cependant l'analyse du Focus group a également ouvert la discussion sur l'importance du suivi post opératoire. Elle a donc changé l'idée d'une consultation complémentaire unique pour l'enrichir vers l'idée d'un parcours de soins en anesthésie.

Hypothèse 2 : La consultation complémentaire IADE permet de renforcer le binôme MAR/IADE dans une prise en charge péri opératoire.

Cette hypothèse reste complexe dans sa réponse. Elle soulève plusieurs limites auxquelles on ne pouvait répondre. Le risque redouté d'une déshumanisation du rôle du MAR habitué à accomplir seul cette consultation pourrait être un frein. Cependant la dynamique qualité

et la reconnaissance du rôle de chacun devraient permettre de surmonter ces obstacles. L'analyse du focus group a montré que l'IADE et le MAR apportent chacun par leurs différences une qualité et une sécurité au patient. Cette complémentarité n'existe pas en pré opératoire, cependant si elle est justifiée le MAR semble prêt à partager le suivi péri opératoire du patient dans la mesure où les tâches attribuées à chacun restent définies clairement sans déshumaniser la profession médicale.

Le parcours péri opératoire est un élément clé de la formation médicale, les MAR ne veulent pas s'y désinvestir. Ils semblent réaliser cependant qu'il devient difficile d'être aussi présent que souhaité pour le patient, au vu de la demande grandissante. La démographie IADE et celle des MAR restent trop insuffisante à l'heure d'aujourd'hui. Réunir le binôme lors des trois temps liés à l'anesthésie pourrait comme en per-opératoire permettre d'augmenter la qualité, mais aussi de construire le binôme d'anesthésie de demain. Comme l'écrit Anne PERRAUT SOLIVERES dans son livre : « *Les infirmières de la nuit* » l'important est de rappeler qu'on ne cherche pas à remplacer ou prendre la place de... le souhait n'est pas de prendre quelque chose mais bel et bien d'apporter quelque chose.

Alors même qu'il serait trop tôt pour répondre à notre hypothèse nous pourrions espérer que l'intégration d'un IADE comme un coordinateur du parcours de soins en anesthésie permettrait de soutenir la tâche des MAR et d'introduire un nouvel échange entre les deux professions en accédant à une coopération lors du pré et du post opératoire, mais surtout définir une équipe clé, indissociable, interdépendante qui ne peut exister sans l'un ou l'autre.

Hypothèse 3 : La consultation complémentaire IADE permet une évolution de la profession IADE.

La situation sanitaire sans précédent aujourd'hui en France, nécessite une restructuration complète du système de santé. La démographie du personnel de santé est en baisse depuis plusieurs années cela majoré par la crise COVID. Cette réforme s'initie directement avec le Ségur de la santé. L'un de ses objectifs est de redonner de l'attractivité aux métiers du soin. Ma recherche repose sur la compétence reconnue aux IADE dans le domaine de l'anesthésie. Elle permet de conforter l'idée que l'IADE doit démontrer son champ de

compétences pluridimensionnelles afin qu'il soit optimisé, reconnu et mieux mis à profit du patient.

Le déploiement en parallèle des IPA promus par le Ségur de la santé dans l'horizon sanitaire accentue l'urgence pour les IADE de réaffirmer leur domaine d'expertise. La crainte est grande et partagée avec le milieu médical qui redoute une médecine à deux vitesses et une diminution de la qualité de soins pour les patients. Nous pourrions arrêter notre pensée à une approche très socioculturelle qui s'orienterait sur la place donnée ou laissée à chacun dans les professions médicales et paramédicales. Mais le questionnement profond de ces divers corps de métiers est bel et bien les compétences acquises par chacun et leur utilisation au service de la population. Nous ne pouvons plus à l'heure d'aujourd'hui seulement répondre à des questionnements en lien à la sémantique. Nous sommes face aux résultats d'une politique sanitaire en échec, le nombre de soignants est insuffisant et celui des usagers augmente avec un vieillissement de la population qui va continuer de croître.

Le Ségur de la santé souhaite : « *Une nouvelle gouvernance, plus participative, qui donne davantage de place à ceux qui soignent. En jetant les bases d'un nouveau dialogue social hospitalier [...] Le Ségur de la santé n'est pas un événement figé de notre histoire sociale, c'est un changement de méthode et de regard sur notre société : co-construire, décroïsonner, privilégier le travail collectif et la proximité territoriale.* » (59)

A elle seule la consultation complémentaire IADE ne peut en être représentative mais elle marque peut-être le début d'un projet centré sur le patient ainsi que sur la qualité de vie du soignant. Pour savoir si l'IADE aujourd'hui tend à choisir le parcours péri opératoire, qui comporterait un volet pré opératoire avec une préparation complémentaire IADE, il faudra réaliser une enquête quantitative sur la population IADE à grande échelle. Notre échantillon reste qualitatif et trop peu nombreux pour l'affirmer mais nous donne un premier résultat positif quant à cette hypothèse. La place du binôme donné sur ces différents temps pourrait suivre les prérogatives souhaitées par l'état en *décroïsonnant* les rôles de chacun pour privilégier la démarche coopérative et collaborative d'une équipe d'anesthésie.

Le rapport DEROCHE fait état du malaise hospitalier et encourage à remettre le soignant au cœur du soin. On essaie ici d'inciter une politique de bienveillance et de prise en compte du soignant, de sa qualité de vie ainsi que sa qualité d'exercice. Le projet d'une évolution de la profession IADE tournée sur le per opératoire est en adéquation avec les recommandations données dans ce rapport :

« Améliorer les conditions de travail et repenser l'organisation des carrières »(60)

CONCLUSION

Pour conclure ce mémoire qui m'a conduit plus loin que je ne l'avais envisagé, tant par la richesse des rencontres que par les différentes lectures qui m'ont ouverte sur des réalités mouvantes, je citerai Mr HAWKINS : « *L'intelligence c'est la capacité de s'adapter aux changements* ». Ce mémoire aura ouvert de nombreux débats : Sociologique, Politique, Démographique, et Sanitaire en lien avec la situation du système de santé actuel. Il n'a pas la prétention de répondre à toutes les interrogations qui y ont été soulevées.

La question initiale était : **La présence d'un IADE en consultation complémentaire d'anesthésie (CCA) quels enjeux ?**

Nous avons pu démontrer trois grands enjeux :

- Qualitatif pour le patient et le soignant
- Constructif dans le lien interprofessionnel MAR/IADE
- Evolutif pour les professions anesthésiques

Mais aussi Politique, en s'intégrant directement dans les enjeux de la politique sanitaire actuelle. Cette recherche apporte plusieurs pistes à investiguer. Chaque enjeu ouvre sur une étude plus approfondie.

Nous pouvons ouvrir cette recherche sur une démarche quantitative afin d'établir l'intérêt porté par la population IADE et MAR à plus grande échelle sur l'intérêt d'un IADE dans le parcours péri-opératoire du patient. Dans le même temps, nous pourrions recueillir l'avis d'un cadre IADE et d'un cadre supérieur de pôle, pour confronter cette idée aux réalités des contraintes hospitalières actuelles, afin d'évaluer la faisabilité.

Cette recherche, grâce à ceux qui l'ont nourri, a permis de se tourner vers le **Parcours Patient en Anesthésie**, dans sa globalité. Pour que le patient bénéficie d'une prise en charge spécifique par une équipe d'anesthésie forte de ses différences et de ses complémentarités, par son histoire et son avenir.

« Vous devez être le changement que vous voulez voir dans ce monde »

GANDHI

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien de pré-enquête

Annexe II : Grille Focus Group

Annexe III : Schématisation placement des participants au Focus

Annexe IV : Grilles d'observations Focus Group

Annexe V : Les cinq règles de Yves Saint ARNAU

ANNEXE I : ENTRETIEN DE PRE-ENQUETE

1.INTRODUCTION

Bonjour, j'effectue une pré-enquête dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'école d'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE). Le thème général de mon mémoire porte sur la place du IADE en consultation pré-anesthésique. Afin de pouvoir mieux cibler mon sujet et mes interrogations, je souhaiterais interroger des IADE ayant eu ou ayant actuellement une expérience en consultation. Pour cela j'ai choisi de mener des entretiens non directifs.

1.1 Entretiens

Nom et Prénom de l'IADE.....Age.....Sexe.....Années d'expérience.....Coordonnées.....

Bonjour Madame...,

- Pouvez-vous nous parler de votre parcours professionnel ?
- Pouvez-vous nous expliquer quand avez-vous participé à des consultations IADE pré anesthésiques, comment ce projet a t'il vu le jour et surtout pourquoi ?
- Racontez-nous comment se déroulait cette consultation ?
- Pour vous quelles étaient les plus-values de cette consultation dans votre profession ?
- Et quelles étaient celles pour le patient ?
- Pouvez-vous nous dire pourquoi ce projet ne se réalise plus aujourd'hui ?
- Pensez-vous que le IADE qui travaille en binôme avec le MAR devrait s'inscrire dans ce binôme dès la consultation ?
- Pour finir croyez-vous que le rôle de l'IADE en consultation pourrait participer à faire évoluer sa profession ?

Je vous remercie du temps que vous avez pris pour partager votre expérience.

ANNEXE II : CONDUITE DU FOCUS GROUP

Ressources : Animatrice SCHUMAN Priscille Observatrice : DUQUESNE Laurie

Date : 8 AVRIL 2022 16H 18H

Lieux : Ecole IADE SALLE 318

Durée : 1H30 à 2H

Intervenants : 8 intervenants 4 IADE 4 MAR

Chaque intervenant est accueilli personnellement, installé et lui est mis à disposition de quoi prendre des notes pendant le focus group.

Plan d'analyse

1er temps : Présentation

Je viens faire appel à votre expertise. C'est une Discussion-débat autour de 3 grands Axes. Je souhaite un Échange d'idées, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, Je souhaite connaître votre avis, votre expérience. C'est important de savoir que c'est un débat anonyme.

Est-ce que vous acceptez que j'enregistre ? Ma collègue ici présente prendra des notes afin de me permettre une meilleure analyse secondaire, elle joue un rôle d'observatrice est-elle et elle est liée au respect de l'anonymat de tous.

En tant qu'animatrice, je suis garante du cadre -> respect du temps de parole et des idées de chacun et non-jugement. Si jamais on s'écarte du sujet de la rencontre, je me permettrais de vous couper et de recentrer le débat.

Je vous remercie d'ores et déjà pour votre participation.

L'ENJEU RENFORCEMENT DU BINOME

- Comment qualifieriez-vous votre relation de travail aujourd'hui entre IADE et MAR ?



- Pouvez-vous nous raconter votre meilleure expérience de collaboration ?

- En avez-vous eu une particulièrement difficile ?

L'ENJEU DE QUALITE DE PRISE EN CHARGE

- En quoi le IADE et le MAR sont-ils complémentaires ? Etes-vous dans une

collaboration ? une coopération ?

- Quel intérêt trouvez-vous à la vision double du binôme ?
- Quelles sont les différences entre la vision du MAR et celle du IADE ?
- En quoi cela renforce le binôme ?

L'ENJEU EVOLUTIF DANS LA PROFESSION

- Comment voyez-vous votre profession dans les années à venir ?
- Aimerez-vous qu'elle évolue ? si oui Comment ?
- Qu'est ce qui peut l'aider à évoluer ? (Recherche...).

EXEMPLE CONCRET LA CCA

- Si je prends l'exemple d'une consultation pré-anesthésique complémentaire, effectué par le IADE, à quel enjeu peut-elle répondre ?
- Brainstorming

SYNTHESE DU FOCUS

- Distribution à chaque participant d'un post-it pour noter ce qui le marque le plus après cette discussion et ce qui mériterait d'être exploré.

RAPPEL DE MES HYPOTHESES

Hypothèse 1 : La consultation IADE renforcera la qualité de prise en charge du patient
démarche qualité auprès du patient ?

Relance : Comment pourrait-on améliorer la démarche qualité ?

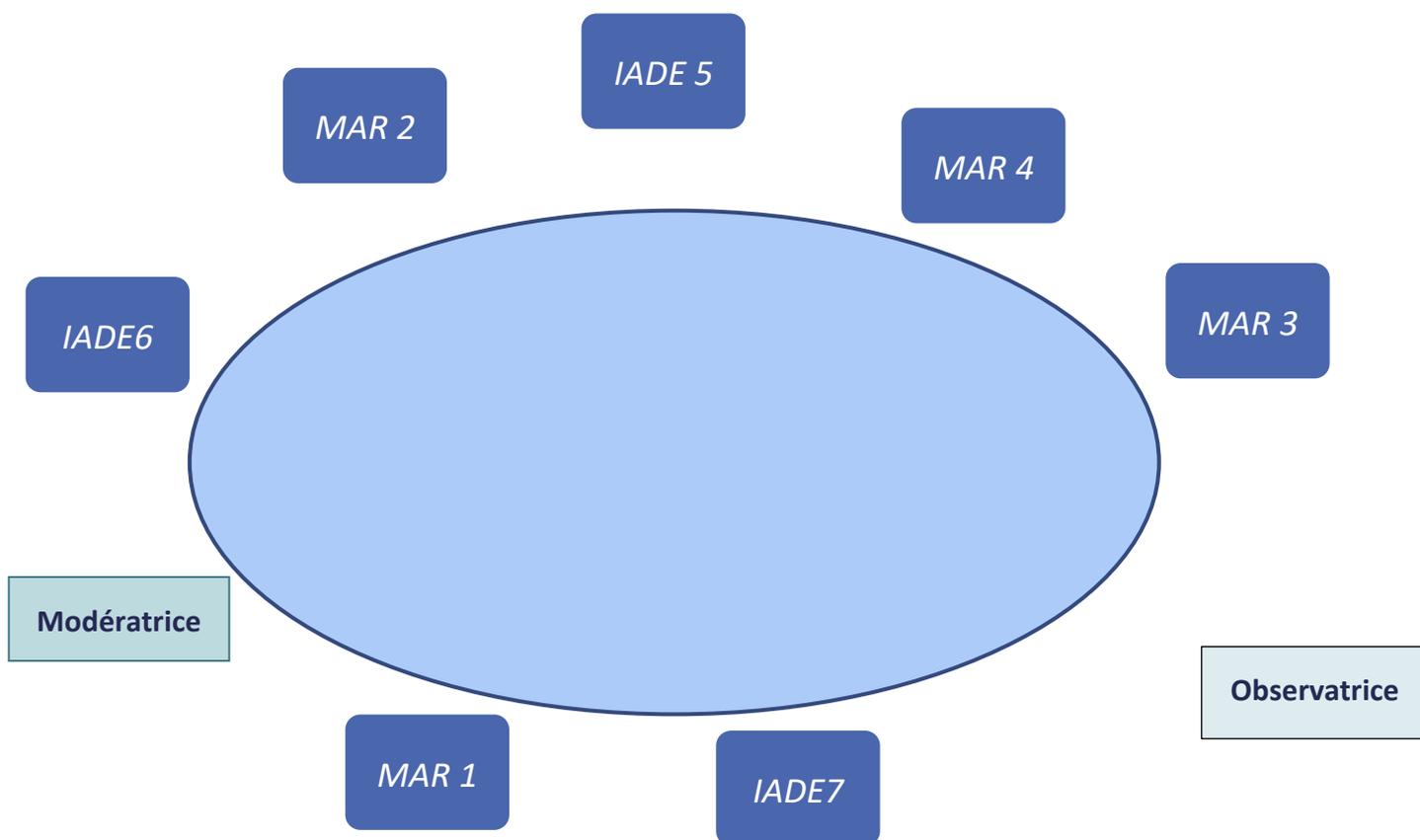
Hypothèse 2 : La mise en place d'une consultation IADE renforcera le binôme MAR IADE
dans une prise en charge péri opératoire.

Relance : En quoi cela renforcera le binôme en pré per et post op ? Comment ?

Hypothèse 3 : La consultation IADE participera à l'évolution et à l'enrichissement de la
profession IADE ?

Relance : Qu'en pensez-vous ? Que proposeriez-vous ?

ANNEXE III : SHEMATISATION PLACEMENT DES PARTICIPANTS AU FOCUS



ANNEXE IV : GRILLE D'OBSERVATION FOCUS GROUP 8 AVRIL 2022

Enjeux Renforcement du BINOME

- Comment qualifieriez-vous votre relation de travail aujourd'hui entre IADE et MAR ?
- Pouvez-vous nous raconter votre meilleure expérience de collaboration ? En avez-vous eu une particulièrement difficile ?

Mots Marquants :

Pour Les MAR : Sécurité, Gain de temps, Binôme, Second regard, Moins de déviance, Reposant, Confiance, Confort, Connaissance, Expérience, Fondamental

Pour les IADE : Confiance, Copilote, Disponibilité des MAR, Garanti, vrai Binôme.

Phrase marquante : Sans IADE je n'ouvre plus de salle, c'est obligatoire.

PARTICIPATION

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
ACTIVE+								
MOYENNE								
PEU								

NOM	MAR 1	MAR 2	MAR 3	MAR 4	IADE 5	IADE 6	IADE 7	IADE 8
------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	---------------	---------------	---------------

PLACEMENT des PARTICIPANTS

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Libre								
Par profession								
Affinité								

COMPORTEMENTS NON VERBAL

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Agitation								
Calme/serein								
Mutique								
Crie s'énerve								
Fuyant du regard/gène								

EMOTIONS

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Souriant, enjoué								
Expansif								
Réservé								
Neutre								
Colère								

L'Enjeu de qualité de prise en charge

- Comment le IADE est le MAR sont-ils complémentaires ? Collaboration ?
Coopération ?
- Quel intérêt trouvez-vous à la vision double du binôme ?
- Quelles sont les différences entre la vision du MAR et celle du IADE ?
- En quoi cela renforce le Binôme ?

Mots marquants :

MAR : Confiance, Hiérarchie, S'enrichir les uns des autres, double regard, Force de proposition, intégration à la formation initiale commune.

IADE : MAR à la tête, décision rester à sa place, complémentarité, échanges garantis, gage de qualité

NOM**COMPORTEMENTS NON VERBAL**

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Agitation								
Calme/serein								
Mutique								
Crie s'énerve								
Fuyant du regard/gène								

EMOTIONS

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
		2						
Souriant,enjoué								
Expansif								
Sensible								
Agressif								
Neutre								

PARTICIPATION

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
ACTIVE+								
MOYENNE								
PEU								

L'ENJEU EVOLUTIF DANS LA PROFESSION

- Comment voyez-vous votre profession dans les années à venir ?
- Aimerez-vous qu'elle évolue ? Si oui Comment ?
- Qu'est ce qui peut l'aider à évoluer ?

NOM**COMPORTEMENTS NON VERBAL**

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Agitation								
Calme/serein								
Mutique								
Crie s'énerve								
Fuyant du regard/gène								

EMOTIONS

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Souriant,enjoué								
Expansif								
Sensible								
Agressif								
Neutre								

PARTICIPATION

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
ACTIVE+								
MOYENNE								
PEU								

AUTRES

EXEMPLE CONCRET LA CCA

- Si je prends l'exemple d'une consultation préanesthésique complémentaire effectué par l'IADE, à quel enjeu peut-elle répondre ?

BRAINSTORMING

MAR 1= Envisageable, faisable

MAR 2= interrogatif

MAR 3= L'avenir (peut-être sans oublier le post op)

MAR 4 = Contre

IADE 5 = Polyvalence, acceptation

IADE 6 = Nouveau Binôme

IADE 7 = Dédramatiser, démystifier, consultation post-opératoire

NOM

COMPORTEMENTS NON VERBAUX

	MAR1	MAR2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Agitation			Légère					
Calme/serein								
Déstabilisé								
Crie s'énerve								
Fuyant du regard/gène								

EMOTIONS

	MAR1	MAR 2	MAR3	MAR4	IADE5	IADE6	IADE7	IADE8
Souriant, enjoué								
Expansif								
Sensible								
Agressif								
Neutre								

ANNEXE V : LES CINQ REGLES DE YVES ST-ARNAUD

Règle	Description	Indices de l'utilisation de la règle	Maxime
1. Le partenariat	Chercher et désigner un objectif commun (résultat) Quelle que soit la structure de la relation au point de départ-structure de pression ou structure de service-, je crée un partenariat en cherchant avec mon interlocuteur un objectif vers lequel nos intérêts convergent de façon à pouvoir travailler ensemble	<ul style="list-style-type: none"> * S'assure que le but visé est le même pour lui et pour son interlocuteur * Contribue à définir les champs de compétence * N'hésite pas à traiter des divergences d'intérêt * Utilise des mots comme « ensemble », « nous », etc. 	Pourquoi se battre lorsqu'on peut s'entendre?
2. La concertation	Gérer le processus de communication Tout au long de la rencontre, une partie de mon attention est dirigée vers le processus : je prends le temps de préparer le terrain par une entrée ¹ où j'associe mon interlocuteur à la structuration de la rencontre; puis, je prévois ou supprime les obstacles en m'assurant qu'à chaque instant du dialogue nous poursuivons une cible commune (le pas à pas pour rester sur la même longueur d'onde)	<ul style="list-style-type: none"> * Ne discute pas du contenu avant d'avoir structuré la rencontre * Présente sa perception de la situation initiale * Parle des règles du jeu, des rôles de chacun, de ce qu'ils accompliront ensemble... * Annonce ses intentions * Sollicite la permission d'entrer avant de s'opposer à son interlocuteur 	Rien ne sert de courir, il faut partir ensemble.
3. L'alternance	Changer souvent de canal de communication J'utilise des canaux de communication différents pour la réception, la facilitation, l'entretien de la relation et l'information sur le contenu; je passe souvent d'un canal à l'autre.	<ul style="list-style-type: none"> * Passe d'un canal à l'autre dans la même répartition ou d'une répartition à l'autre : <ul style="list-style-type: none"> • Réception : écoute compréhensive, n'offre que le silence, ou encore « hum, hum... » • Facilitation : vérifie le décodage empathique, (si je comprends bien...) ou invite l'interlocuteur à s'exprimer (sur des faits, des, réactions affectives, sur des idées, sur des intentions ou en général) 	Sans feedback, on rate la cible.
		<ul style="list-style-type: none"> • Entretien de la relation : porte sur la relation immédiate, prévient ou traite des obstacles (j'observe qu'il y a beaucoup de « oui, mais » dans vos réponses...j'aimerais maintenant que nous précisions nos rôles ... en fin de compte, c'est vous qui allez prendre la décision) • Information sur le contenu : porte sur l'objet de la rencontre (donne des faits ou son opinion, soumet un argument, suggère une solution, fait attention de ne pas orienter l'action de la personne interlocutrice, s'abstient de communiquer des sous-entendus non-vérifiables) 	
4. La non-ingérence	Reconnaître ses limites et exclure toute ingérence Lorsque je vise à effectuer un changement, je reconnais les limites de mon pouvoir, puis j'utilise celui-ci sans interférer avec le pouvoir de mon interlocuteur; j'évite l'ingérence et la complicité avec l'ingérence pour encourager les choix personnels	<ul style="list-style-type: none"> * Pas de jugement de valeur, d'expertise ou de directives concernant ce qui a trait au champ de compétence de l'interlocuteur, particulièrement de son vécu * Refuse de répondre aux questions qui invitent à l'ingérence : « À ma place, qu'est-ce que vous décideriez? » * Si nécessaire, rappelle quel est son champ de compétence et exige qu'il soit respecté * Recherche le consensus lorsqu'il se trouve dans un champ de compétence partagé * Aucun élément susceptible d'encourager l'interlocuteur à se livrer à de l'ingérence 	Prendre sa place, toute sa place et rien que sa place.
5. La responsabilisation	Susciter des choix éclairés Je nous traite, mon interlocuteur et moi, comme des êtres uniques, capables de faire des choix personnels; j'invite mon interlocuteur à utiliser son pouvoir personnel en faisant des choix éclairés pour tout ce qui relève de sa compétence	<ul style="list-style-type: none"> * Demande son avis ou valide dès qu'il traite de ce qui relève du champ de compétence de l'interlocuteur * Invite l'autre à utiliser son pouvoir personnel : à faire des choix, à s'impliquer * Manifeste de la tolérance face aux hésitations et aux lenteurs de l'interlocuteur ambivalent ou inquiet face au risque 	Mieux vaut choisir de ne rien faire que d'agir sans choisir.

D'après : St-Arnaud, Yves (2003), *L'interaction professionnelle, Efficacité et coopération*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal

¹ L'entrée comporte trois éléments sur lesquels on s'entend :

1. sur la façon de définir la situation initiale
2. sur le résultat visé
3. sur la façon de travailler pendant la rencontre

BIBLIOGRAPHIE

1. MARGUERITE ZIMMER. Histoire de l'anesthésie Méthodes et technique au XIX siècle. EDP Science. 17 avenue du hoggar Parc d'activité de coutaboef BP 11291944 Les Ulis Cedex A, France; 2008. 757 p. (Science et Histoire).
2. Jean Bernard Cazalaà. Les instruments d'anesthésie et de réanimation ... - David Baker, Marie-Thérèse Cousin, Jean-Bernard... - Glyphe [Internet]. Glyphe. 2005 [cité 15 janv 2022]. 157 p. Disponible sur: <https://www.leslibraires.fr/livre/272232-les-instruments-d-anesthesie-et-de-reanimation--david-baker-marie-therese-cousin-jean-bernard--glyphe>
3. Nouvelle définition de la douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. 2020 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/>
4. L'anesthésie au cours des âges [Internet]. [cité 29 déc 2021]. Disponible sur: <https://char-fr.net/L-anesthesie-au-cours-des-ages.html>
5. Jean-Pierre Dedet. Abrégé illustré d'Histoire de la Médecine. DOCIS. 2016. 126 p.
6. Bienvenus sur le site du Musée [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-besancon.fr/museum/bienvenus.htm>
7. 15-20.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://icarweb.fr/IMG/pdf/15-20.pdf>
8. John Snow (1813-1858) premier médecin anesthésiste mondial. [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://char-fr.net/John-Snow-1813-1858-premeir-medecin-anesthesiste-mondial.html>
9. Elisabeth Balagny. Infirmière anesthésistes histoire d'un combat. OXYMAG Prat Savoirs. juin 2008;21(100):6-9.
10. La Fabrique de Vésale et autres textes - BIU Santé, Paris. [Internet]. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: https://www.biusante.parisdescartes.fr/vesale/?e=1&p1=00001&a1=f&c1=4&v1=00302_1543x00
11. Ambroise PARE (1510-1590) [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pare.html>
12. Ambroise Paré : maître barbier-chirurgien | Le blog de Gallica [Internet]. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/blog/04122020/ambroise-pare-maitre-barbier-chirurgien?mode=desktop>

13. Kern E, Lassner J, Vourc'h G. Regard sur l'anesthésie d'hier. Paris: Glyphe-Biotem; 2003.
14. CodeDeontologie1947-1995.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://philippeamiel.fr/DocsCobayes/CodeDeontologie1947-1995.pdf>
15. La Société Française d'Anesthésiologie d'hier à aujourd'hui [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.char-fr.net/La-Societe-Francaise-d.html>
16. REYNIER-2014.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/REYNIER-2014.pdf
17. Le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2015 [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://sfar.org/le-role-de-linfirmier-anesthesiste-diplome-detat/>
18. Historique du SNIA [Internet]. SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES (SNIA). [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.snia.net/lhistorique-du-snia.html>
19. Décret n°81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006063534/>
20. Article 3 - Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006701360/1993-03-15/
21. Quand les « IADE » étaient « ISAR » [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://char-fr.net/Quand-les-IADE-etaient-ISAR.html>
22. Décret n°91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006067558/>
23. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000002093160>
24. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. 2002-194 févr 11, 2002.
25. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

26. joe_20141217_0015.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/joe_20141217_0015.pdf
27. Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat. 2017-316 mars 10, 2017.
28. A propos de la mise à jour du décret de compétence des IADE - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2017 [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://sfar.org/a-propos-de-mise-a-jour-decret-de-competence-iade/>
29. rapport_cinq_experim_juin2006.pdf [Internet]. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf
30. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) - Légifrance [Internet]. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000020879543/
31. oni_pratique_avancee_2017def.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf
32. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
33. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
34. lettre_a_la_profession_bureau_de_la_sofia_-_21_novembre_2021_.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/lettre_a_la_profession_bureau_de_la_sofia_-_21_novembre_2021_.pdf
35. L'Igas estime que les IADE remplissent les conditions pour l'accès à la pratique avancée [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2022 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/357275/ligas-estime-que-les-iade-remplissent-les-conditions-pour-lacces-a-la-pratique-avancee.html>
36. FLORENT CHAMPY. La sociologie des professions. puf. 258 p. (quadriges).
37. iade-et-medecins-anesthesistes-reanimateurs-un-binome-indissociable.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://sfar.org/download/iade-et->

medecins-anesthesistes-reanimateurs-un-binome-indissociable/?wpdmdl=35993&refresh=62123909355181645361417

38. Pascal Barreau. Psychologie du travail en binôme, un nouvel espace conjugal au travail? Soins Cadres. Mai2021;(127):26.
39. DicoLatin - Correspondance pour PROFESSIO [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.dicolatin.com/Latin/Lemme/0/PROFESSIO/index.html>
40. Larousse É. Définitions : profession - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/profession/64156>
41. Claude DUBAR, Pierre TRIPIER, Valérie BOUSSARD. SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS. 4ème EDITIONS. ARMAND COLLIN; 369 p. (U).
42. Le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2015 [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://sfar.org/le-role-de-linfirmier-anesthesiste-diplome-detat/>
43. Larousse É. Définitions : collaboration - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [Cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>
44. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. J Interprof Care. mai 2005;19(sup1):8-20.
45. D'AMOUR DANIELLE, Sicotte Claude, Lévy Ron. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sci Soc Santé. 1999 ;17(3):67.94.
46. conceptCollaboration.pdf [Internet]. [Cité 27 mars 2022]. Disponible sur : http://www.ifpssnc.nc/MyKv2/php/_DOCS/SEQUENCES/NH02783094/conceptCollaboration.pdf
47. COOPÉRATION : Définition de COOPÉRATION [Internet]. [Cité 29 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/coop%C3%A9ration>
48. NORBERT ALTER. Donner et prendre la coopération en entreprise. La découverte/M.A.U.S.S. 2009. 230 p.
49. Cornu JM. La coopération, nouvelles approches. :123.
50. Coopération est réciprocité. puf. 1998. (Sociologies).
51. Bernard M. Développer des réactions de coopération en milieu professionnel. Chronique sociale ; 2005. 111 p. (Savoir communiquer).

52. CONFIANCE : Définition de CONFIANCE [Internet]. [Cité 19 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance>
53. LES RECHERCHE QUALITATIVES EN SANTE. Armand colin. 2016. (JOËLLE KIVITS, BALARD Frederic, FOURNIER Cécile, WINANCE Myriam. U sciences humaines et sociales).
54. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. 1994. 181 p. (cahier de recherche sociologique).
55. guide_gdr_pages65a220.pdf [Internet]. [Cité 4 juill 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf
56. Douleur : l'action des pouvoirs publics - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [Cité 5 juill 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics>
57. system-user#admin_population. DU Médecine péri-opératoire, de réhabilitation précoce et de chirurgie ambulatoire [Internet]. 2022 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur : https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-di-1/sciences-technologies-sante-STS/du-medecine-peri-operatoire-de-rehabilitation-precoce-et-de-chirurgie-ambulatoire-XUT2_141.html
58. La certification périodique des professionnels de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [Cité 6 juill 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/la-certification-periodique-des-professionnels-de-sante>
59. Ségur de la santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [Cité 7 juill 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/>
60. Ségur L. 1. MALAISE DES SOIGNANTS : RECONNAÎTRE L'ENGAGEMENT, GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ. :8.

Mémoire présenté par : **SCHUMAN Priscille**

Promotion **Cassiopée 20202022**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du : **Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste grade Master**

LA PRESENCE D'UN IADE DANS UNE CONSULTATION COMPLEMENTAIRE d'ANESTHESIE (CCA) :

QUELS ENJEUX ?

INTRODUCTION: Le Binôme MAR/IADE a prouvé son efficacité per opératoire par l'augmentation de la sécurité et de la qualité dans la prise en charge des patients. Cette efficacité peut-elle être étendue aux temps pré et post opératoires ? Le renforcement de ce binôme peut-il permettre à la profession IADE de confirmer ses compétences et sa valeur face à l'actualité sanitaire ?

METHODE: Etude qualitative de janvier à mai 2022, par l'intermédiaire d'une enquête exploratoire avec des entretiens semi-directifs. Puis élaboration d'un Focus Group hétérogène de 8 personnes (MAR et IADE) provenant de structures diverses, d'âge, sexe et ancienneté variés.

RESULTATS/DISCUSSION: Le binôme MAR/IADE est essentiel en per opératoire. Une consultation complémentaire IADE pourrait répondre à trois enjeux :

Qualitatif : en pré opératoire, en améliorant la préparation des patients, comme en post opératoire avec un suivi et un accompagnement personnalisé, ceci dans un cadre défini en coopération avec le MAR.

Constructif : l'intégration du binôme MAR/IADE dans le parcours anesthésique global pourrait permettre de définir une équipe indissociable et interdépendante par leur complémentarité.

Evolutif : la place de l'IADE dans le parcours de soins patient pourrait répondre aux réformes sanitaires actuelles, en recentrant le soignant au cœur du soin, au service du patient et en permettant au binôme d'anesthésie d'affirmer son champ d'expertise.

CONCLUSION : Cette étude a répondu de manière positive sur la plus-value de l'IADE non seulement en pré opératoire mais également en post opératoire. Une recherche quantitative pourrait corroborer ces résultats, notamment quant aux bénéfices réels sur la prise en charge du patient, sur le renforcement du binôme MAR/IADE et sur le coût d'hospitalisation.

Mots Clés: Profession - Binôme - Collaboration – Coopération

The CRNA's involvement in a Complementary Anesthesia Consultation (CCA): What are the issues?

INTRODUCTION: The anesthesiologist/anesthetic nurse (CRNA) partnership has proven its efficiency during surgery by increasing the safety and quality of the patient's care. Can this efficiency be extended to the pre and post surgery periods? Can the reinforcement of this partnership allow the CRNA profession to confirm its skills and its values in the current health reform situation?

METHOD: Qualitative study from January to May 2022, through an exploratory survey with semi-directive interviews. Then, gathering of a heterogeneous Focus Group of 8 persons (Anesthesiologists and CRNA) coming from various establishments, of various age, sex and years of practice.

RESULTS/DISCUSSION: The Anesthesiologists and CRNA partnership is essential during surgery procedure. An additional CRNA consultation could answer to three issues :

Qualitative: Before surgery, by increasing patient preparation. After surgery, by providing personalized follow-up and support, within a framework organized directly by the MAR.

Constructive : Adding the Anesthesiologist/CRNA partnership in the global anesthetic process could allow to create an inseparable and interdependent team due to their collaboration skills.

Evolutive: Reforming the CRNA's roles and responsibilities in the process of taking care of the patient could improve the current health reform situation by refocusing the caregiver at the heart of the care, at the service of the patient and by allowing each anesthesia partners to assert their field of expertise.

CONCLUSION : This study confirms the additional skills the CRNA could provide not only before surgery but also in post surgery care. A quantitative research could corroborate these results, especially regarding the real benefits on the patient's care, the reinforcement of the anesthesiologist/CRNA partnership and the hospitalization cost.

Keywords: Profession - Partnership - Collaboration – Cooperation