

Article mémoire : Prise en charge d'un patient et environnement de l'IADE lors d'une induction anesthésique : quels leviers pour réduire l'anxiété du patient ?

RÉSUMÉ

La prise en charge du patient au bloc opératoire lors de l'induction anesthésique est une situation quotidienne de l'IADE. L'environnement à ce moment-là est un facteur influençant la prise en charge du patient. C'est pourquoi, la recherche menée s'intéresse aux leviers dont dispose l'IADE pour réduire l'anxiété du patient.

Des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès de quatre IADE et quatre IBODE dans le but d'obtenir des données davantage représentatives de la réalité et d'en objectiver l'analyse.

Il apparaît que chaque infirmier propose une prise en charge individualisée, en interaction avec son environnement. Selon une majorité, l'environnement n'est pas une entrave à cette prise en charge, cependant, la collaboration inter-équipe peut être influencée par le nombre de personnes présentes en salle au moment de l'induction ou par les habitudes de service. De plus, l'implication au travail, dont fait preuve chaque individu, peut être différente en fonction du vécu de chacun. Celle-ci est donc très spécifique à la personne.

En définitive, la volonté individuelle doit s'allier à l'environnement du bloc opératoire, dans le but ultime de prendre en charge le patient dans les meilleures conditions possibles.

Mots clés : Induction, anxiété, environnement, collaboration, implication

ABSTRACT

Patient care in the operating room during anesthetic induction is an everyday situation of a nurse anesthetist. The environment is a factor for the patient care. This research focuses on the nurse anesthetist techniques available to reduce patient anxiety.

Semi-structured interviews were conducted with four IADE and four IBODE in order to obtain more representative data from the field and to obtain a more objective analysis.

It appears that each nurse offers individualized care, interacting with his environment. For a majority, the environment is not an obstacle, however, the inter-team collaboration can be influenced by the number of people present in the room at the time of induction and/or the habits of service. In addition, personal involvement in the workplace can be altered depending on the experience of each. It is very specific to the person.

Ultimately, the individual must become friendly with the operating room environment, with the ultimate goal being, taking care of the patient in the best possible conditions.

Keywords : Induction, anxiety, environment, collaboration, involvement

Introduction :

La profession d'infirmier anesthésiste nécessite l'acquisition de multiples compétences, notamment dans le domaine de la technique. Son passé, en tant qu'infirmier, quel que soit le domaine d'exercice, lui a permis d'acquérir une expertise du patient dans sa globalité. Le vécu d'une multitude de situations de soins, lui a donné des occasions pour développer des capacités d'adaptation, toujours dans l'unique but de soigner au mieux le patient. La situation dans laquelle se trouve un IADE au bloc opératoire, au moment où le patient va s'endormir est un moment clé de la prise en charge. L'anxiété que génère le moment de l'induction est présente pour la plupart des patients et a des répercussions néfastes pour eux (consommation plus importante de drogues anesthésiques, réveil agité). Ce travail s'intéresse, à la manière dont l'IADE va adapter l'environnement du bloc opératoire, afin de réduire l'anxiété du patient dont il s'occupe.

Méthode :

Au vue des questions et hypothèses émanant de ma situation, a été fait le choix d'étudier deux concepts : L'implication et la collaboration car la posture de l'équipe soignante médicale et paramédicale, présente en salle d'opération, au moment où le patient va être endormi, est entièrement dépendante de l'implication des individus dans leur travail et de leur collaboration.

Par la suite, des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Ils permettent « des interactions verbales entre deux personnes en contact direct, avec un objectif préalablement posé ». Il a été intéressant d'utiliser cette méthode car le but de ce type d'entretien est de recueillir une « information la plus complète possible » sur un sujet précis. L'entretien a permis « d'explorer le ressenti, les sentiments, les impressions, les opinions et les attitudes ».

Interroger des IADE et des IBODE sur le moment particulier de l'induction anesthésique avec des questions ouvertes, m'a permis de recueillir des informations riches, en accord avec mon objectif qui est de savoir ce que font les professionnels pour réduire l'anxiété du patient.

L'outil d'enquête s'est composé de sept questions qui ont permis de recueillir des informations sur la description, par les professionnels, du bloc opératoire en tant que lieu anxiogène. Puis, les questions ont été orientées sur le moment de l'induction et plus précisément sur la manière dont les professionnels interagissent. Les données recueillies m'ont permis de comparer la réalité de terrain avec le cadre conceptuel étudié.

L'analyse des données s'est réalisée en lien direct avec le cadre conceptuel traité en amont.

Dans un premier temps, chaque entretien a fait l'objet d'une analyse individuelle en lien avec le cadre conceptuel. Dans un second temps, les différentes analyses ont été croisées grâce à une grille d'analyse. Celle-ci a permis de classer les données recueillies en différents thèmes.

Résultats :

De manière générale, tous les infirmiers, toutes spécialités confondues, sont unanimes pour décrire le bloc opératoire comme étant un milieu anxigène à cause de sa froideur, de sa méconnaissance par le grand public, ou encore du contexte particulier que revêt l'arrivée au bloc opératoire. Concernant le moment de l'induction, les avis sont mitigés. Pour certains il est considéré comme le moment le plus anxigène pour le patient, tandis que pour d'autres ce n'est pas ce moment qu'ils considèrent le plus pourvoyeur d'anxiété. Le positionnement des professionnels dans cette phase précise de l'anesthésie dépend du contexte, et bien souvent du nombre de personnes présentes en salle. Il y a de leur part une adaptation du comportement. Concernant le travail entre les professionnels au moment de l'induction, il s'organise de manière générale avec les mêmes intentions de départ : le patient. Cependant, il diffère en fonction du contexte. Les comportements sont partiellement influencés par les normes du groupe, les attitudes, les propos, les réactions des uns et des autres. Lorsqu'il s'agit d'aborder la notion d'implication dans le travail, il y a de la part de tous les professionnels un temps de réflexion, le sujet de l'implication étant pour eux très vaste. Chacun y apporte une définition qui lui est propre. C'est alors que les représentations individuelles sont mises en évidence. La notion de collaboration interprofessionnelle est aussi abordée. Les résultats obtenus sont pour la plupart identiques lorsqu'il est question de la définir. Cependant, lorsqu'il s'agit de comprendre les phénomènes qui pourraient influencer la collaboration, les données sont diverses et variées.

Discussion :

Le bloc opératoire reste un lieu inconnu pour le patient, lieu où le professionnel de santé va œuvrer avec son savoir, ses compétences et son ressenti pour participer au bien-être de celui-ci. Il y a un réel investissement dans la relation, tous les moyens de communications sont bénéfiques. C'est un lieu prédisposé à l'émergence de l'anxiété du patient. Le travail en équipe paraît être indispensable pour diminuer cette anxiété. Chaque professionnel est, au fond de lui, conscient de l'importance du travail en collaboration. C'est au milieu d'une organisation imposée que les soignants vont devoir faire preuve d'intelligence professionnelle. Utiliser les comportements coopératifs est alors un vrai challenge pour les individus. La connaissance du travail de l'autre paraît être un réel atout qui participe au bon fonctionnement d'une équipe car travailler ensemble est le quotidien. Pourquoi ne pas promouvoir la réflexion commune IADE/IBODE pour échanger sur des situations vécues ensemble au quotidien ? Le partage des ressentis ainsi que l'analyse en équipe participerait à la compréhension du travail d'autrui. L'implication de chacun serait alors favorisée. C'est en ce sens qu'il semble important d'intégrer l'analyse des pratiques professionnelles au cœur des métiers. L'enjeu de l'analyse des pratiques est de donner à chaque professionnel la possibilité de « reconstruire sa compréhension de la situation et de l'action, reconfigurer ses différents savoirs à partir de son expérience pratique, pour recadrer, pour permettre la prise en compte de la complexité de l'action, pour élargir le registre des réponses possibles ». Cette analyse doit permettre de donner du sens et de la cohérence aux situations tout en intégrant la diversité des acteurs et les différences de points de vue. Finalement, mutualiser et développer

les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être, contribue à développer la coopération et à renforcer la cohérence des pratiques au sein d'une équipe.

Conclusion :

Les entretiens réalisés auprès des professionnels se sont basés sur l'hypothèse de départ qui était : L'environnement du bloc opératoire a une influence sur l'anxiété du patient. J'ai voulu comprendre en quoi cet environnement est anxiogène, et comprendre ce que font les professionnels pour diminuer l'anxiété du patient au moment de l'induction. Pour cela, je me suis basée sur deux concepts : L'implication et la collaboration. Ils m'ont permis de donner un cadre à ma recherche, et de recueillir des données qui ont pu aboutir à une analyse. L'analyse des résultats m'a permis d'avoir une vision concrète de ce qui se passe sur le terrain, de comprendre davantage les interactions entre les infirmiers (IADE et IBODE) au moment de l'induction. Il s'avère que l'implication de chaque individu dans le travail est étroitement liée à son histoire personnelle. Il est alors intéressant d'allier les différences afin de garantir la complémentarité des compétences.

Ce qui semble intéressant dans cette recherche, est l'analyse des deux spécialités infirmières (IADE et IBODE) car elles sont en étroite collaboration au moment de l'induction, mais aussi au moment de l'accueil du patient dans le sas et sa sortie en SSPI. Le fait d'avoir analysé le moment de l'induction et notamment la manière dont se passe le travail en équipe à ce moment-là, permet de transposer les données analysées aux autres moments où ces deux spécialités travaillent ensemble. Cela correspond à une vision plus globale du travail en équipe au sein du bloc opératoire. L'organisation au sein du bloc opératoire est un élément capital qui conditionne le travail en équipe. Chaque professionnel, à son niveau, peut agir sur l'organisation, afin d'améliorer la prise en charge du patient. Nous sommes tous acteurs à différents niveaux. Le patient, au cœur de nos actions, constitue une réelle motivation pour participer à l'amélioration de sa prise en charge.

Bibliographie :

Ouvrages :

FERRAGUT, E., COLSON, P., DUFOUR, J., GROSLAUDE, M., MILLAT, B. (1997), *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*, Editions Masson, p.134

THEVENET M. (2002) *Politiques de personnel et implication des personnes* – extrait de « l'implication au travail » – Vuibert 2002

THEVENET M, *le plaisir de travailler : favoriser l'implication des personnes*, éditions d'Organisation, 2004, 2^{ème} édition, p.269

MUCCHIELLI R, *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*, éditions ESF, vol.18, 2011, 12ième édition, p.203

LE BOTERF G, *construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences, les réponses à 100 questions*, Eyrolles éditions, 2015, p.308

COUCHAERE MJ, *Favoriser le travail en équipe par la coopération : les clés pour agir ensemble*, ESF éditions, 2011, p.196

FORMARIER M, POIRIER-COUTANSAIS G, *Initiation à la recherche en soins infirmiers*, éditions LamarrePoinat, 1994, p.86

Articles :

BEILLEROT.J, « les compétences collectives et la gestion des savoirs ». *In Cahiers Pédagogiques*, n°297, 1997, p. 40-41.

IMBERT G, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers* 2010/3 (N° 102), p. 23-34. DOI 10.3917/rsi.102.0023

PERRENOUD P cité par ALTET M., « la contribution de l'analyse des pratiques en IUFM et de la réflexion sur l'action à la construction du savoir enseigner » dans « L'analyse de pratiques en questions », *Collection Ressources n° 8*, 2005, IUFM des pays de la Loire, p. 56