

# La gestion des complications respiratoires du nourrisson : acquisition et maintien des compétences

ADJONOUOKE Vina, Ecole d'infirmiers anesthésistes (CHRU de Montpellier – Promotion 2012-2014)

## RESUME

L'anesthésie pédiatrique ne peut pas s'envisager comme l'anesthésie de l'adulte.

Malgré la fiabilité des recommandations médicales sur le sujet, l'IADE inexpérimenté se retrouve souvent désarmé sur le terrain. Principale appréhension : la gestion des complications respiratoires du nourrisson.

Les statistiques le placent en effet en tête des patients à risque de complications respiratoires per-anesthésiques, contribuant à exiger une compétence spécifique de tous les acteurs le prenant en charge.

Cette compétence revêt plusieurs aspects, allant des savoirs purs à la détention de qualités personnelles ne nous plaçant pas tous sur un pied d'égalité.

De plus, en dépit d'un contexte parfois défavorable, elle exige une forte implication du professionnel dans la discipline.

Une pratique régulière semblant être la clé de la réussite, il apparaît néanmoins qu'une spécialisation des professionnels ne soit pas dénuée d'effets pervers.

## MOTS-CLES

Anesthésie pédiatrique, complications respiratoires, compétence, spécialisation, partage d'expérience.

## INTRODUCTION

L'anesthésie pédiatrique offre aux IADE novices de se confronter rapidement aux difficultés qu'elle suscite.

Le risque respiratoire apparaît comme l'ennemi face auquel seule une compétence solide puisse lutter. Concourent à cette réalité, des particularités anatomiques et physiologiques qui font du nourrisson le patient le plus à risque de complications per-anesthésiques.

Que l'on soit ou non un professionnel entraîné, il n'est pas rare d'y être confronté, tant les facteurs de risque échappant à l'expérience de l'opérateur sont nombreux.

Si l'expérience ne semble pas toujours en prémunir les professionnels, elle est en revanche déterminante pour l'efficacité de leur prise en charge<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Guillou D., Orliaguet G., 2009 "Laryngospasme en pédiatrie", SFAR, 51<sup>e</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation. <http://www.sfar.org/> Consulté le 02 août 2014.

Dans une enquête réalisée en 1999, les MAR français ont souhaité voir leur pratique encadrée par davantage de recommandations et ont jugé la présence d'un IADE expérimenté indispensable à la pratique de l'anesthésie pédiatrique<sup>2</sup>.

Ils ont obtenu gain de cause avec des recommandations spécifiques concernant le personnel et les structures souhaitables aux enfants accueillis au bloc opératoire.

Paradoxalement, dans les textes encadrant le métier d'IADE, la prise en charge anesthésique de l'enfant ne fait toujours pas l'objet d'un traitement particulier. La régularité de pratique n'y est pas spécifiquement encouragée.

Notre objectif est donc de rechercher comment dans un tel contexte, l'IADE parvient à acquérir et maintenir un niveau de compétence suffisant à la gestion des complications respiratoires du nourrisson.

## **METHODES**

Nous avons interrogé des professionnels de terrain en utilisant la méthode des entretiens semi-directifs qui, structurés à l'aide de questions ouvertes, permettent de laisser libre cours aux échanges et de recueillir des discours très authentiques.

La population interrogée était obligatoirement expérimentée en anesthésie pédiatrique. Elle était constituée 3 IADE et 2 MAR.

## **RESULTATS**

Sur les perceptions de la pédiatrie, de la compétence requise et du risque respiratoire, tous estiment que l'anesthésie pédiatrique demande une compétence spécifique de l'IADE. Elle est à la fois technique et relationnelle, impacte de façon très nette le travail du MAR qui désigne l'IADE comme un "complément" indispensable à son travail.

L'acquisition de cette compétence se fait plus ou moins facilement selon les individus. Elle semble étroitement liée aux perceptions initiales de la pédiatrie. Chaque IADE insiste sur un attrait particulier pour la spécialité, ressentant toutefois des appréhensions fortes, surtout concernant l'aspect respiratoire, et surtout en début de carrière. Toutes, à des degrés divers, se révèlent néanmoins capables de les dépasser rapidement pour s'impliquer davantage dans la pratique, construire et consolider leurs compétences.

Sur la question des ressources mobilisées pour la gestion des complications respiratoires, les IADE mettent l'accent sur les savoirs, mais aussi sur des qualités personnelles telles que la rigueur, l'anticipation, l'implication. Elles insistent

---

<sup>2</sup> Ritz O., Laffon M., Blond M.H., Granry J.C., Mercier C., 1999 'Enquête sur la pratique de l'anesthésie pédiatrique en France auprès de 1526 anesthésistes-réanimateurs', EM Consulte, enquête. <http://em-consulte.com/> Consulté le 02 août 2014.

aussi sur une capacité à gérer l'émotion pour être immédiatement efficace dans l'urgence. Cette qualité semble la plus difficile à détenir et met certains professionnels plus à l'épreuve que d'autres.

Les personnes-ressources évoquées sont les collègues et le MAR, qui apparaissent également comme d'importants moyens d'acquérir les compétences via l'observation et la reproduction des gestes.

Concernant le maintien des compétences, les MAR sont assez favorables à la fixation d'un volume d'anesthésies pédiatriques obligatoires pour les IADE.

Les IADE quant à elles, mettent en avant les obstacles à contourner pour pratiquer plus régulièrement. Principale contrainte : le turn-over des équipes censé permettre l'accès à la pédiatrie au plus grand nombre. Mais selon elles, des remplacements anecdotiques ne permettent pas un réel maintien des compétences.

Dans cet objectif, 1 IADE propose un accès facilité aux ateliers de simulation, 2 sur 3 évoquent la nécessité d'une spécialisation de l'IADE en pédiatrie.

## **DISCUSSION**

Les témoignages recueillis permettent de répondre aux questionnements soulevés par notre problématique.

La compétence de l'IADE en pédiatrie est spécifique. A l'heure actuelle, à moins

d'une pratique quotidienne, il apparaît que nous manquions d'entraînement pour faire face efficacement à l'urgence d'une complication respiratoire. Mais l'accès à une pratique quotidienne pour tous est logistiquement difficile à organiser étant donné la réalité des effectifs, et la simulation est une solution coûteuse.

Quant à l'idée d'une spécialisation exclusive de l'IADE en pédiatrie, elle appelle à la prudence.

Si l'expertise du professionnel est indispensable, il reste délicat de réserver la pratique de l'anesthésie pédiatrique à un nombre restreint d'IADE. Une telle initiative reviendrait à supprimer la compétence pédiatrique des IADE non spécialisés.

Par ailleurs, elle amènerait nécessairement à s'interroger sur la qualité de prise en charge des enfants dépendant de centres de proximité ne justifiant pas d'équipes spécialisées.

D'autres pistes sont donc à explorer.

Nous avons vu que les perceptions de l'IADE vis-à-vis de la pédiatrie jouent un rôle important dans son implication, et donc dans la construction de sa compétence. Il serait intéressant de déterminer ce qui est à l'origine de ces perceptions, empêche ou motive la pratique de l'anesthésie en pédiatrie. En dehors d'une telle étude qui demanderait une population plus dense et une grille

d'analyse axée sur certains aspects de la psychologie, il semble que le partage des expériences puisse être un moyen réaliste de les comprendre et une méthode qualitative efficace et peu coûteuse de développement des compétences.

### **CONCLUSION**

L'anesthésie pédiatrique requière une compétence solide de tous les acteurs. Si le corps médical a su répondre à ce principe par des initiatives audacieuses et efficaces, notre métier n'a pas encore opéré une telle évolution.

Une pratique plus régulière semble être une des réponses au problème, mais une spécialisation stricte des IADE pourrait ne pas avoir que des effets positifs.

Des méthodes de développement des compétences basées sur le transfert de savoirs et le partage d'expérience pourraient peut-être constituer des ajustements intéressants.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### OUVRAGES

VAN CAMPENHOUDT, L., QUIVY, R. (2013) *Manuel de recherche en sciences sociales*. Editions Dunod.

### ARTICLES

ECOFFEY, C. (2000), "Quel niveau de compétence pour l'anesthésie pédiatrique", MAPAR, p. 101-102.

ECOFFEY, C. (2001), "A propos des recommandations pédiatriques sur les structures et le matériel", *Oxymag*, n°61, p.4.

### DOCUMENTS EN LIGNE

DALENS B., (2012) "Anesthésie pédiatrique : Considérations générales", urgentologue. <http://urgentologue.free.fr/> Consulté le 15 mars 2014.

GUILLOU D., ORLIAGUET G., 2009 "Laryngospasme en pédiatrie", SFAR, 51<sup>e</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation. <http://www.sfar.org/> Consulté le 15 mars 2014.

JOLY A., ECOFFEY C., 1997 "Réveil chez l'enfant", SFAR, Conférences d'actualisation. <http://www.sfar.org/> Consulté le 15 mars 2014.

RITZ O., LAFFON M., BLOND M.H., GRANRY J.C., MERCIER C., 1999 "Enquête sur la pratique de l'anesthésie pédiatrique en France auprès de 1526 anesthésistes-réanimateurs", EM Consulte, enquête. <http://em-consulte.com/> Consulté le 28 avril 2014.