

# « J'extube donc je suis »

## Histoire d'une réflexion autour de l'extubation

Le moment de l'extubation est une étape capitale dans la prise en charge anesthésique des patients. Le lieu où doit être extubé le patient n'est déterminé par aucune législation ni recommandations. La décision d'extuber sur table ou en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) est le plus souvent prise par l'IADE.

J'ai donc cherché à savoir comment l'IADE détermine le lieu où il extube son patient et sur quels critères il se base pour prendre sa décision.

Pour construire ce travail j'ai élaboré un cadre théorique pour comprendre quelles étaient les contraintes autour de l'extubation. J'ai aussi cherché ce qui influençait la décision du professionnel de façon plus intime, si son expérience pouvait jouer un rôle. Puis je me suis intéressée à la part de singularité propre à chaque individu en lisant les travaux d'Yves Clot sur le « genre et le style ».

Les résultats que j'ai pu obtenir ne peuvent en rien être significatifs de ce qui permet à l'IADE de décider où il extube son patient mais ils apportent des pistes de réflexion sur ce qui différencie chaque individu au sein d'un milieu standardisé. La prise de décision semble être un processus personnalisé déterminé par nos valeurs et par qui nous sommes.

Mots clés : Extubation, Contraintes, Expérience, Genre et Style

The time of extubation is an important step in the anesthetic management of patients. The place where the patient is extubated is not determined by any legislation or recommendations. The decision to extubate in the operating room or in the recovery room is most often made by the nurse anesthetist.

This study focuses on how the nurse anesthetist determines the place where the patient is extubated and what criteria are used to make this decision.

To examine the question at hand, a theoretical framework was developed to understand the constraints around extubation. It was also important to determine what influences most in professional decisions and does personal experience play a role and if so, which ones. The intimate singularity of each individual was also studied by reading Yves Clot's "Genre et Style".

Although the results obtained were not significant regarding which factors allow the nurse anesthetist to decide where to extubate a patient, they do bring several reflections to consider like what differentiates each individual within a standardized environment. Decision-making appears to be a personalized process determined by our values and by who we are.

Keywords : Extubation, Constraints, Experience, Gender and Style

J'extube donc je suis est l'histoire d'une réflexion autour de l'extubation. Elle s'inspire de faits réels. Toute ressemblance avec des situations ou des événements vécus seraient purement volontaire.

Elle se passe dans le monde de l'anesthésie où se trouvent quantité de règles strictes, de procédures et de protocoles.

Il était une fois une étudiante infirmière anesthésiste qui au cours de son apprentissage rencontra beaucoup beaucoup d'infirmiers anesthésistes qui lui expliquaient, lui enseignaient et lui démontraient les différentes étapes de l'anesthésie.

Ce matin-là l'extubation avait été élue pour être l'objet de toutes les attentions.

Certains disaient qu'elle devait se passer en salle d'opération, d'autres rétorquaient qu'elle devait avoir lieu en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI). Bien que tout ce remu ménage se passait dans le monde de l'anesthésie impossible de trancher sur cette question.

Ce monde merveilleux ne connaissait pourtant pas les mots : « hasard », « improvisation » ou « fantaisie ».

Ce qui rassurait beaucoup l'ensemble de ses habitants (IADE, MAR...) et on pouvait penser aux premiers abords, lorsqu'on arrivait dans ce pays qu'à chaque situation : son protocole.

Bien sûr quelques règles comme les critères d'extubation (1) (2) s'imposent mais ceux-là ne suffisent pas à faire entrer l'extubation dans un protocole.

La Salle de Surveillance Post Interventionnelle (3), la chirurgie, le patient, l'efficacité d'un service (4) sont autant d'éléments perturbateurs qui empêchent l'extubation de se ranger dans la catégorie des règles établies, fixes et donc indiscutables.

Alors l'Étudiante a commencé ses investigations en lisant plusieurs articles concernant l'extubation.

Elle ne trouva aucune trace concernant le lieu où elle devait se passer. Rien dans les livres magiques des recommandations d'experts n'indiquaient si le patient devait être extubé en

salle d'opération ou en SSPI. Rien non plus dans le livre législatif du grand sage, ni dans celui des sorciers de chaque établissement...il n'y avait aucun écrit. C'est bien ce « vide » autour du lieu d'extubation qui semblait un paradoxe dans ce milieu si normé qui attisa sa curiosité.

Elle est allée interviewer des professionnels qui la côtoient depuis plus ou moins longtemps. Elle s'est vite rendu compte que l'extubation avait un côté imprévisible voir rebelle et qu'elle était redoutée dans le milieu (1). D'une part parce qu'elle a lieu presque systématiquement en l'absence du médecin anesthésiste, l'IADE est très souvent seul face à elle. Mais aussi parce qu'elle trouve toujours des subterfuges pour se présenter de façon différente ou pour apporter une touche de particularité en fonction du patient.

La dompter fait partie des objectifs et savoir-faire de l'IADE afin qu'elle se déroule à l'endroit qu'il a choisi : Salle d'opération ou SSPI.

Cette étudiante comprenait que tous les IADE la maîtrisaient parfaitement et lorsqu'elle demandait à ses maîtres : « dis-moi comment fais-tu pour la faire arriver au bon moment et donc au bon endroit ? »

Chacun avait ses arguments, sa méthode et sa vision de la situation, le mystère de l'extubation pour l'étudiante infirmière anesthésiste restait donc entier.

Comme elle était très courageuse, elle décida d'aller enquêter sur les autres facteurs pouvant influencer l'extubation comme la SSPI (3), le Temps d'Occupation des Salles (4), la chirurgie ambulatoire (3) afin de savoir s'ils pouvaient être décisifs quant au lieu d'extubation. Les réponses étaient assez diverses mais il semblait bien que tous ces facteurs venaient se mêler de l'extubation.

Elle a même pensé à interroger l'expérience (5) de l'IADE pour savoir si elle aussi jouait un rôle dans la décision et donc l'action au moment d'extuber...

C'est alors qu'elle décida de retourner auprès des IADE pour les interroger sur ces critères précis qui leur permettaient de choisir entre salle d'opération et SSPI.

Les IADE étaient unanimes pour dire que nombreux étaient les paramètres pris en compte au moment de l'extubation mais ce qu'ils ressentaient et exprimaient tous : c'était leur rôle déterminant à ce moment-là.

Elle eut tout à coup une drôle de sensation, une impression que le lieu où était extubé le patient était une question d'individu.

Ça lui rappelait une histoire écrite par Yves Clot, le grand sage de la psychologie du travail. Il s'agissait du « genre » et du « style » (6).

Elle racontait comment les professionnels qui partagent et connaissent les règles communes de leur profession font partie du genre.

Ainsi les IADE appartiennent eux aussi à un genre puisqu'ils sont soumis au moment de l'extubation aux contraintes et aux obligations communes à tous les IADE travaillant au sein d'un même établissement.

Pour appartenir au « genre » le professionnel doit être reconnu par ses pairs comme en faisant partie. Et à partir de cette reconnaissance il pourra développer son style.

Le style est la singularité de chaque individu au moment de ses actions et ses décisions.

Le style nécessite du temps et de la pratique. Il est donc étroitement lié à l'expérience et demande de s'être affranchi du genre.

Chaque IADE apporterait par l'extubation, ce geste d'apparence purement technique, un peu de son style donc de ce qu'il est et de ses valeurs.

Le style n'est pas transposable puisque c'est comme un trésor que possède chaque individu. Il se cache d'abord puis il naît, grandît et s'exprime. Il y a autant de style que d'individu, certains pensaient pouvoir le reproduire avec des modèles mais sans le savoir ils en créaient de nouveau.

Chaque individu avait l'air d'avoir ses propres modes d'action au moment de l'extubation. L'explication pouvait-elle être ce genre et ce style ? où y avait-il un autre secret ?

L'étudiante pensa alors qu'elle pouvait peut-être aller les espionner. Mais cela n'aurait servi à rien puisque les IADE ne voulaient rien lui cacher. Il

fallait quand même qu'elle aille voir ça de plus près, elle s'est donc invitée à 2 reprises pour réaliser des observations au moment de l'extubation...

Elle put ensuite organiser des échanges privilégiés (entretiens d'auto confrontation simples) avec 2 IADE : un débutant et un expert. Ils ont eu lieu à huis clos ce qui a permis des confidences et des trouvailles extra ordinaires.

Voici ce qu'elle m'a rapporté des confidences qu'elle a reçu et ce qu'elle en a compris.

Le jour de l'observation, l'IADE 1 qui a 12 ans d'expérience a extubé son patient en salle d'opération comme elle souhaitait le faire avant le début de l'intervention. Elle anticipe ses actions et se positionne en donnant les directives qu'elle va suivre aux autres personnes de la salle. Elle est guidée par la théorie mais surtout par son expérience. Son analyse est très rapide, elle l'assimile donc à de l'intuition comme le décrit la prêtresse Patricia Benner (4) dans son histoire de l'expérience. Bien que l'IADE 1 reconnaisse être soumise aux contraintes de la structure, elle a également le sentiment de participer et de maîtriser l'enchaînement rapide entre 2 interventions. Ce qui permet le bon déroulement du programme opératoire. Elle parle également de sa façon de travailler et elle la différencie de celle de ses collègues. Elle affiche son propre style.

Pour l'IADE 2, elle est débutante puisqu'elle exerce depuis 6 mois. Ce jour-là, elle n'a pas pu extuber son patient en salle comme elle le pensait au départ. Elle se rend compte que c'est par défaut d'anticipation de la décurarisation. Elle parle des contraintes de l'environnement et du rythme imposé qu'elle a parfois du mal à suivre. Elle analyse la situation en se demandant comment elle pourrait atteindre ses objectifs avec le souci permanent d'assurer la sécurité en ne restant pas seule face à l'extubation. Elle n'a pas encore développé son style puisque son temps d'exercice est trop récent. Le manque d'expérience laisse les contraintes extérieures être les principaux guides au moment de l'action.

D'autres confidences d'autres IADE auraient bien sûr été précieuses...

Cependant c'est bien le style ou l'absence de style qui semble avoir le plus d'impact sur le processus décisionnel.

Grâce à ces entretiens, l'Étudiante a découvert que le lieu où on extube son patient est en fait une histoire d'individu.

Le rebondissement de cette histoire était totalement inattendu.

La technicité et les nombreux facteurs autour de l'extubation sont incontestables mais le choix du lieu d'extubation est le résultat d'un processus individuel et personnalisé : le style.

Grâce à ce style si précieux l'IADE ne pouvait pas se robotiser. Et c'était là, toute sa force. Il fallait au contraire qu'il se serve toujours de son sens de l'analyse et de ses capacités d'adaptation pour être un professionnel efficace.

La morale de cette histoire est que chacun arrive à trouver sa place en restant ou en devenant ce qu'il est puisqu'il y a toujours une part de ce que nous sommes dans ce que nous faisons.

Elle a beaucoup réfléchi depuis qu'elle a vécu cette histoire. Ce qui a été le plus fort pour elle c'est de découvrir que tout ce qu'elle entreprenait dans son travail la ramenait toujours à ce qui était l'essentiel pour elle. Son héros préféré en quelque sorte : l'humain dans toutes ses dimensions.

D'abord parce qu'elle considère le côté humain comme l'essence même de sa profession.

Mais aussi parce que cette dimension humaine est très utile au sein d'une équipe pluridisciplinaire où comme au bloc opératoire les tâches de chacun sont intimement liées les unes avec les autres. La relation et la communication des différents acteurs bien que non écrites ni prescrites sont la garantie du bon déroulement des interventions.

D'autre part l'application des procédures laisse une place à qui nous sommes. La technicité du milieu de l'anesthésie n'est pas antinomique avec la dimension humaine. Elle lui est au contraire indispensable puisqu'elle garantit l'analyse de situations avant la prise de décision. Toute technique ne pourrait exister sans l'intervention humaine qui y est centrale.

L'étudiante fera de son mieux pour intégrer le genre et sait qu'elle développera son style au fur et à mesure de son activité.

Elle a bien compris qu'en entrant dans cette nouvelle profession elle avait emmené ses idéaux et ses représentations. Ils ont évolué au cours du temps et ils continueront de le faire.

Mais elle sait aussi qu'elle pourra y trouver sa place. Pour l'extubation comme pour d'autres situations elle devra prendre en compte tous les éléments d'une situation pour y répondre au mieux. C'est aussi ce qui fait toute la dimension humaine du travail de l'infirmier anesthésiste.

Elle continuera d'agir en accord avec ses croyances et ses valeurs afin de se construire une vie professionnelle épanouie.

Elle se demande d'ailleurs si ce ne serait pas la clé principale de l'accès au monde du travail. Une conjugaison entre adaptation et intégrations des contraintes sans renoncer à ses valeurs. Une sorte de compromis entre obligations et convictions.

Ne serait-ce pas alors le point de départ d'un cercle vertueux qui permettrait non seulement l'accomplissement personnel mais aussi la performance ?

C'est ce qu'elle essaiera peut-être de découvrir mais ça c'est une autre histoire...

#### Bibliographie

- (1) O. Langeron. (2013), « Extubation trachéale en anesthésie », Conférence d'actualisation, La SFAR
- (2) A.M. Cros. (2008), « Gestion de l'extubation trachéale en anesthésie », Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Les essentiels, p.383-393. Elsevier Masson et SFAR
- (3) Dexter F, Epstein RH, Marcon E, de Matta R. Strategies to reduce delays in admission into a postanesthesia care unit from operating rooms. J Perianesth Nurs. 2005; 20:92-102
- (4) Maîtriser l'organisation en bloc opératoire. Un défi permanent. Paris: Éditions ESKA 2004
- (5) P.Benner (2003), « De novice à expert. Excellence en soins infirmiers » Paris : Editions Masson.
- (6) CLOT Yves, FAÏTA Daniel, « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et Méthodes », Travailler, 2000