

L'INFIRMIER ANESTHESISTE FACE A UN ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE

Analyse et Pistes d'améliorations de la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez l'adulte, au bloc opératoire par l'Infirmier Anesthésiste.

RESUME

La prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez l'adulte au bloc opératoire suit des recommandations simples et précises. L'infirmier anesthésiste est formé à la gestion des situations d'urgence, notamment l'arrêt cardiaque. L'observation de plusieurs séquences de réanimation révèle cependant des divergences en fonction de l'environnement et de la situation.

La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers anesthésistes a mis en évidence des facteurs influençant l'infirmier anesthésiste : les aides et les freins à la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire. Une des principales pistes d'améliorations issues de ces constats, évoque le développement d'ateliers de simulation.

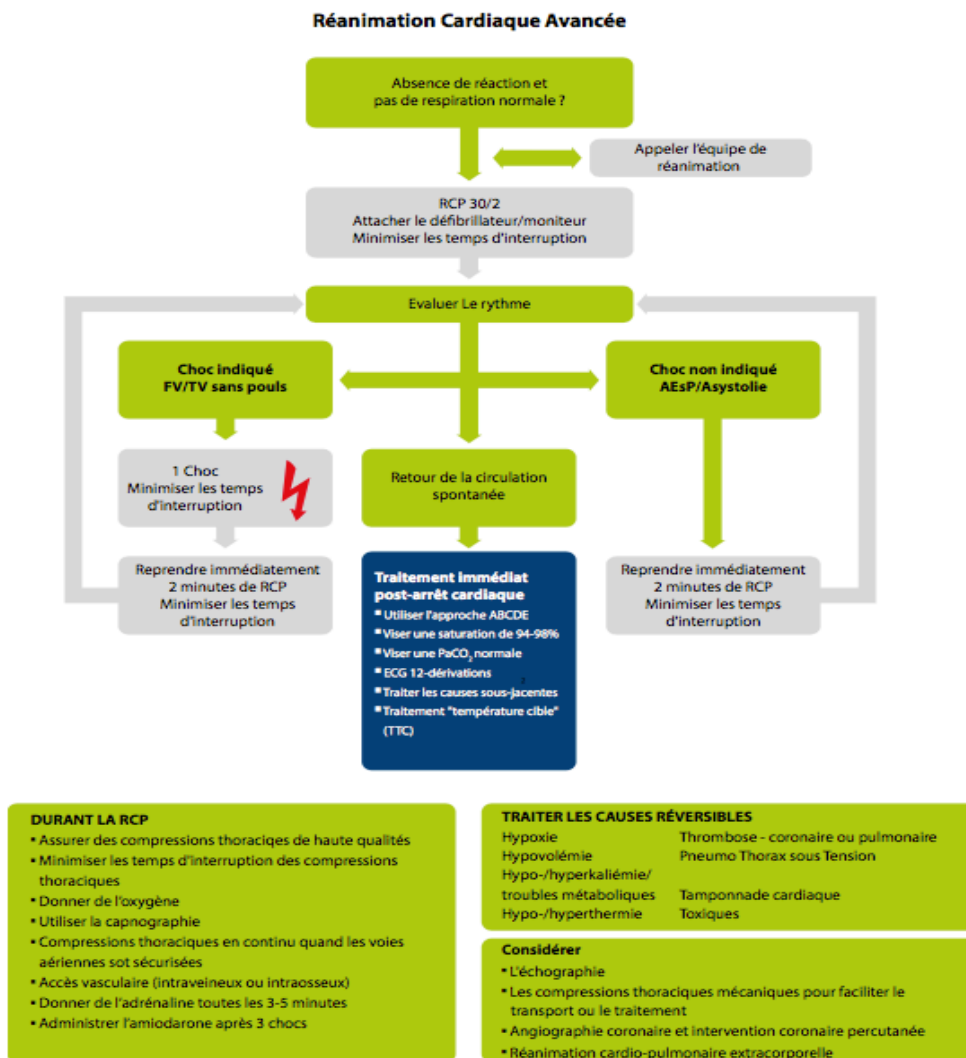
Mots Clés : Arrêt cardio-respiratoire - Bloc opératoire - Infirmier anesthésiste – Optimisation

INTRODUCTION

L'arrêt cardio-respiratoire (ACR) est représenté par l'interruption de l'activité respiratoire et vasculaire. Il est défini par une perte de conscience brutale et inattendue avec disparition du pouls, associée à une interruption de la ventilation ou une respiration anormale.

L'incidence des ACR au bloc opératoire en 2013 est égale à 5,6/10 000 interventions.

Cependant, l'absence de délai diagnostique, l'environnement technologique (monitorage) et l'expertise autour du patient font que le pronostic des ACR au bloc opératoire est meilleur qu'en extrahospitalier. Les recommandations de 2015 pour la prise en charge d'un ACR péri-opératoire repose sur une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) avancée précoce (figure 1).



RCP : réanimation cardio-pulmonaire ; FV/TVsP : fibrillation ventriculaire/tachycardie ventriculaire sans pouls ; AEsP : activité électrique sans pouls ; ABCDE : Airway, Breathing Circulation, Disability, Exposure ; SaO₂ : saturation en oxygène ; PaCO₂ : pression partielle en dioxyde de carbone dans le sang artériel ; ECG : électrocardiogramme.

Figure 1 : Algorithme de Réanimation Cardio-Pulmonaire

La formation de l'Infirmier Anesthésiste (IA) apporte des connaissances sur la gestion des urgences. Sa présence favorise le diagnostic précoce d'incidents péri-anesthésiques et la mise en œuvre rapide du traitement. Les manœuvres de RCP nécessitent d'avoir un chef d'équipe (comme l'IA), qui coordonne les professionnels et leurs actions. La collaboration est primordiale pour assurer une prise en charge de qualité, mais son efficacité requiert un certain apprentissage. Le développement professionnel, par confrontations diverses et répétées en situations réelles, entraîne une modification des performances, cette évolution met en jeu plusieurs notions telles que « l'efficacité » et « l'autonomisation ».

Les séances de simulations permettent d'améliorer la gestuelle, le comportement face au stress et l'organisation en équipe. Elles permettent de maîtriser des événements devenus trop rares pour être rencontrés en routine.

Un débriefing de la situation rencontrée permet de mettre en évidence et de comprendre en équipe les erreurs commises, dans le but d'élaborer des procédures améliorant la reconnaissance et la gestion de la situation.

La SFAR a d'ailleurs édité des « fiches urgences » guidant les actions à réaliser. Ces aides cognitives ont pour objectif de maximiser les performances de l'équipe pour une prise en charge optimale du patient et une réduction du risque d'erreurs en situation d'urgence.

La gestion des risques nécessite d'évaluer les pratiques afin d'identifier les facteurs nuisibles à la prise en charge des patients. Concernant les situations d'urgence, il existe deux grandes catégories : Les facteurs latents, dus à l'organisation, liés à des erreurs qui durent depuis longtemps, dont les conséquences ont été banalisées (matériel non uniforme, manque de personnel...). Et les facteurs actifs, dus aux erreurs humaines, pouvant être propre à l'individu (formation, expérience, stress...) ou liés à la situation (condition de travail, environnement, procédures inappropriées...). Les principaux facteurs humains décrits dans les accidents anesthésiques sont les suivants : connaissance / expérience insuffisante (attitude inadaptée) ; mauvaise organisation du travail (perte des repères) ; difficultés liées au collectif (conflit entravant la collaboration) et imprévu / état de stress (paralysie des réflexes).

L'identification des facteurs déstabilisant lors de la gestion d'une situation d'urgence, permet de mettre en place des actions correctives pour améliorer la prise en charge par l'IA d'un patient en ACR au bloc opératoire.

METHODOLOGIE

Pour répondre à la problématique, une enquête qualitative a été menée auprès de quatre IA.

Les professionnels interrogés ont été sélectionnés pour constituer deux catégories, des IA expérimentés et des IA novices. Les entretiens ont été réalisés sur deux sites ayant des spécialités chirurgicales différentes.

Des entretiens semi-directifs ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits par la suite sous forme de verbatim, en anonymisant les données. Le traitement des données s'est fait avec une grille d'analyse

s'appuyant sur les concepts de la littérature. Une catégorisation en cinq thèmes a été réalisée : les connaissances sur la prise en charge d'un ACR, le rôle de l'IA, les aides et les limites dans la gestion d'un ACR et enfin les suggestions d'améliorations.

RESULTATS

Concernant la population étudiée, les IA avaient 16, 14, 1 et 1 année(s) d'expérience. Cependant, le nombre d'ACR vécus par ces derniers diffère des années de diplôme, soit 16 en 16 ans, 2 en 14 ans, 2 en 1 an et 1 en 1 an.

Concernant la connaissance des recommandations sur la prise en charge d'ACR, 100% des IA ont cité l'importance de d'alerter, l'administration d'adrénaline et la réalisation du massage cardiaque. Les autres critères attendus n'ont pas été décrits par l'ensemble des professionnels interrogés.

Les IA interrogés expriment l'importance du rôle de l'IA dans la prise en charge d'un ACR et complètent ses propos en accordant la prise du leadership par l'IA. Cependant, lorsque leur propre compétence est évoquée, seulement la moitié se sent réellement compétent face à la gestion d'un ACR.

Les entretiens ont également permis d'identifier des aides et des freins à la prise en charge d'un patient en ACR au bloc opératoire (tableau 1 et 2).

NOMBRE D'OCCURRENCES CONCERNANT LES FACTEURS FAVORISANTS	IADE 1	IADE 4	IADE 2	IADE 3	TOTAL
	Expert 16 ACR	Expert 2 ACR	Novice 1 ACR	Novice 2 ACR	
FORMATION	2	-	-	-	2
EXPERIENCE	8	4	2	2	16
PREVISIBLE/ANTICIPATION	4	5	-	9	18
AUTOMATISME	1	-	5	-	6
COLLABORATION/BINOME	2	-	-	-	2
PEU DE MONDE	1	-	-	1	2
LEADERSHIP	1	1	3	2	7
RIGUEUR	2	1	-	-	3
AMBIANCE CALME	-	-	5	-	5
HABITUDES DE SERVICE	-	-	-	1	1
STRESS MOTEUR	1	1	-	-	2

Tableau 1 : Facteurs favorisants

Les trois facteurs principaux sont l'expérience professionnelle, l'anticipation d'un ACR et la présence d'un leadership.

Concernant l'expérience professionnelle, ce sont essentiellement les IA experts qui la citent, alors qu'à l'inverse, ce sont les IA débutants qui évoquent le plus l'importance d'un leadership lors de la gestion d'un ACR.

Lorsque nous nous intéressons aux événements gênants la prise en charge d'un ACR, deux principaux facteurs sont mis en évidence : les émotions et le manque d'expérience professionnelle. La plupart de ces facteurs défavorables sont opposés aux facteurs favorisants.

NOMBRE D'OCCURRENCES CONCERNANT LES FACTEURS LIMITANTS	IADE 1	IADE 4	IADE 2	IADE 3	TOTAL
	Expert 16 ACR	Expert 2 ACR	Novice 1 ACR	Novice 2 ACR	
INDISPONIBILITE DU MAR	3	-	-	1	4
STRESS/EMOTIONS	4	1	2	3	10
TROP NOMBREUX	2	-	-	2	4
MANQUE COLLABORATION MEDECIN	4	-	-	-	4
MANQUE D'EXPERIENCE	-	2	3	1	6
MANQUE COLLABORATION IBO/AS	-	-	1	-	1
TACHE UNIQUE	-	-	1	-	1
MAUVAISES HABITUDES	-	-	-	2	2
IMPREVISIBLE	-	-	-	3	3
SUPERIORITE MEDICALE	-	-	-	2	2
PROBLEME TECHNIQUE	-	1	-	-	1

Tableau 2 : Facteurs limitants

Enfin, les principales suggestions d'améliorations évoquées par les IA sont les ateliers de simulation, les séances de débriefing et la présence de protocoles. D'autres pistes sont citées, telles que l'amélioration de la collaboration entre professionnels, l'information de tous les professionnels sur le fonctionnement et la localisation du matériel nécessaire, ainsi que la nécessité de formation continue.

DISCUSSION

Les grandes lignes de la RCP semblent connues par tous, malgré cela les modalités de réalisation diffèrent. Ces observations laissent supposer que l'apport théorique doit être plus fréquemment réactualisé.

Les professionnels soulignent l'importance du rôle de l'IA dans la gestion d'un ACR, comme le prévoit leur référentiel de formation. Cependant, pour endosser la responsabilité du leadership au cours d'une séquence de réanimation, les IA sont moins formels. Si les IA se sentaient plus compétents dans la prise du leadership, celle-ci ne ferait pas défaut dans certaines situations et permettrait une meilleure RCP des patients en ACR.

De plus, les IA experts expriment plus souvent l'importance de l'expérience professionnelle que les novices. Les IA experts ont probablement conscience de l'état dynamique des savoirs créés par l'expérience, synonyme de compétence.

Enfin, un troisième facteur identifié repose sur l'anticipation. La formation d'IA met l'accent sur la prévision de l'ensemble des risques lors de la prise en charge d'un patient. Ces notions sont totalement intégrées dans les schémas de pensée des IA interrogés.

Néanmoins, le manque d'expérience professionnelle est identifié comme facteur limitant, ce sont les IA ayant vécu le moins d'ACR. Le nombre d'années de diplôme ne serait pas un critère d'expérience professionnelle, mais plutôt le nombre d'ACR vécus.

L'état de stress est fortement décrit par l'ensemble des professionnels, conformément à la littérature. Les IA ayant vécu le plus d'ACR évoquent majoritairement ce critère, il semble être incontournable et doit être minimisé.

La cohésion d'équipe est également très marquée dans cette étude, comme décrit dans la littérature. Le défaut

de communication est un réel problème qui génère des conflits affectant la prise en charge des urgences vitales. Le développement de la collaboration entre les différents membres de l'équipe est un axe essentiel à prendre en considération.

Un seul IA a cité l'imprévu comme facteur limitant, cela suggère qu'ils sont formés à la gestion des événements imprévus, en cherchant à les transformer en situation où les risques ont été anticipés.

La simulation est décrite par les IA comme une piste d'amélioration significative, cela rejoint la littérature qui la préconise pour améliorer les performances et les compétences des professionnels.

Les séances de débriefing également citées par les IA s'inscrivent dans une démarche d'analyse et de progression. Elles ont pour objectif d'aider les professionnels à prendre du recul sur la situation vécue et d'augmenter ses performances en cas de récurrence.

Les aides cognitives permettent de structurer la prise en charge des situations urgentes. Cependant un IA dénonce le manque d'intérêt pour les protocoles avec le temps. Il paraît donc nécessaire d'accompagner la mise en place de ces fiches techniques par des explications rigoureuses, voire même une formation à l'utilisation de ces derniers.

CONCLUSION

Les facteurs influençant les IA lors de la gestion d'un ACR au bloc opératoire sont nombreux, qu'ils soient positifs ou négatifs. L'expérience professionnelle, l'anticipation des risques, la présence d'un leadership et la collaboration interprofessionnelle représentent les facteurs aidant l'IA. Et, en opposition, le manque d'expérience, l'absence de collectif font partis des facteurs limitants, de même que le stress au cours de ces situations d'urgence. L'identification de ces critères a mis en évidence plusieurs améliorations à instaurer pour optimiser la gestion d'un ACR par l'IA. Le développement d'ateliers de simulation semble être la méthode de choix pour répondre aux besoins des IA et augmenter leurs performances dans les séquences de RCP. Celle-ci doit être accompagnée de séances de débriefings et de mise à disposition d'aides cognitives accompagnées d'une formation pour leur utilisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Benner, P. (2003). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Beydon, L., Dureuil, B., Nathan, C., Piriou, V., & Steib, A. (2010). High fidelity simulation in Anesthesia and Intensive Care: Context and opinion of performing centres – A survey by the French College of Anesthesiologists and Intensivists. *Annales Françaises de Réanimation*, 29, 782-786.
- Ramachandran, S., Mhyre, J., Kheterpal, S., & al. (2013). Predictors of survival from perioperative cardiopulmonary arrests : a retrospective analysis of 2,524 events from the Get with the guidelines-resuscitation registry. *Anesthesiology*, 119(6), 1322-1339.
- SFAR. (2017). *Aide Cognitives en Anesthésie Réanimation*. Consulté le 15 Avril 2017, sur le site internet sfar.org : <http://sfar.org/espace-professionnel/outils-professionnels/fiches-urgences/aides-cognitives-en-anesthésie-reanimation/>
- Truhlar, A., Deakinc, C. D., Soard, J., & al. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 148-201.