

Le contrat de confiance en anesthésie : La collaboration entre le MAR et l'IADE

Brunet Laurent

Résumé

Dans le domaine particulier de l'anesthésie, l'infirmier et le médecin doivent travailler ensemble. Pour assurer la sécurité du patient et le bon déroulement de l'intervention, cette relation est indispensable. Elle n'a cependant pas toujours été aisée. La fonction d'infirmier anesthésiste a connu de nombreuses évolutions et mutations depuis son apparition en France dans les années 50. En parallèle, c'est toute la relation entre IADE et MAR qui a également évolué jusqu'à nos jours.

En utilisant la méthode de l'auto confrontation, l'objectif de ce travail est d'étudier le lien entre la reconnaissance de la compétence de l'infirmier et l'intercompréhension entre le MAR et l'IADE. Pour cela, il était nécessaire de filmer les professionnels au cours de situations de collaboration dans le but d'interroger leurs pratiques, leurs ressentis et leurs interactions.

Après analyse des données recueillies, cette étude montre de nombreuses similitudes dans la manière dont les professionnels identifient et reconnaissent la compétence. Ils insistent sur l'importance de cette reconnaissance dans la collaboration entre le MAR et l'IADE. De plus, l'intercompréhension ne peut exister sans une connaissance approfondie des savoirs, compétences, habitudes, attentes et limites de l'autre. Elle permet alors l'instauration d'une véritable relation de confiance et favorise la qualité de la prise en charge du patient.

Mots-clés : Relation, Reconnaissance, Compétence, Collaboration, Confiance, Intercompréhension.

I. Introduction

Pendant l'intervention chirurgicale, l'infirmier et le médecin anesthésiste assurent la prise en charge anesthésique du patient. Ils sont alors amenés à travailler ensemble, à collaborer. Bien que relativement jeune, l'anesthésie est une spécialité qui a connu de nombreuses évolutions au cours des cinquante dernières années. La relation qui unit l'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) et le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) a également évolué.

Aujourd'hui, il semble intéressant de se demander si ces professionnels de la santé, issus de deux formations bien distinctes, œuvrent juste côte à côte ou si leur relation va au-delà. L'objectif de ce travail, réalisé dans le cadre de la formation au diplôme d'infirmier anesthésiste est d'étudier et d'identifier les mécanismes qui régissent cette relation. Il a également pour but de déterminer si la reconnaissance de l'expérience de l'infirmier par le médecin permet de favoriser la collaboration entre les deux professionnels.

II. Méthodologie

Ce travail de recherche s'est appuyé sur les apports théoriques dispensés par Mr Jean Alain, intervenant sur la Faculté d'Education de l'Université de Montpellier.

En premier lieu, le cadre contextuel a permis de développer l'historique et la législation en lien avec la fonction d'infirmier anesthésiste ainsi que de définir l'induction anesthésique. Par ailleurs, le concept de reconnaissance a été abordé en se basant sur l'ouvrage de Paul Ricœur « *Parcours de la reconnaissance* ». Dans le même temps, les concepts d'expérience, de compétence, de collaboration et d'intercompréhension ont été développés à partir des ouvrages de Philippe Zarifian « *Objectif compétence* » et « *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle* ». Le

cadre conceptuel a permis d'identifier les déterminants de la compétence (l'initiative, la responsabilité, l'évènement et l'individualité) et de l'intercompréhension (l'enjeu commun, la communication et le référentiel commun). Zarifian définit la compétence comme la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté.

Par la suite, des enregistrements vidéo d'une situation de collaboration entre l'IADE et le MAR ont été réalisés. Ces enregistrements ont été suivis d'entretiens d'auto confrontation avec les professionnels de l'anesthésie impliqués à tour de rôle.

Le recueil de données s'est déroulé sur la période du 29 au 31 Mars 2016. Le bloc opératoire est composé de 6 salles d'intervention (2 salles d'orthopédie, 2 salles de chirurgie viscérale, 1 salle de gynéco-obstétrique, 1 salle polyvalente) et d'une salle d'endoscopie. L'effectif est composé de 30 IBODE, 12 IADE, 8 MAR et 15 AS. 3 IDE sont postés en SSPI qui peut accueillir 12 patients.

La situation observée concernait le temps de l'induction anesthésique. Le même MAR a été filmé lors de deux situations distinctes. Dans la première séquence, le MAR réalisait une induction anesthésique en présence d'un IADE récemment affecté dans le service. Dans la seconde séquence, le même MAR œuvrait en présence d'un IADE qui travaille dans le service depuis plus longtemps. Dans les deux cas, il s'agissait de la prise en charge d'une patiente âgée d'une soixantaine d'années qui devait être opérée pour une pose de prothèse totale de genou gauche sous anesthésie générale. Les deux patientes étaient obèses (IMC compris entre 30 et 35 kg/m²) et présentaient un ASA 3.

Le choix des acteurs a été réalisé en amont de la période de recueil de données avec l'accord de la cadre de santé du bloc opératoire. Pour

des raisons d'anonymat, des prénoms de substitution ont été utilisés au cours de ce travail.

Carrie est une femme de 39 ans, diplômée infirmière depuis 18 ans. Elle a essentiellement exercé en tant qu'infirmière aux urgences et en SMUR. Elle est IADE depuis 2006 et travaille dans ce bloc depuis 11 mois à temps partiel. Elle est originaire du nord de la France. Elle se décrit comme une personne calme et consciencieuse.

Rocky est un homme âgé de 37 ans. Il a exercé pendant 10 ans en qualité d'infirmier SMUR avant de passer le concours d'infirmier anesthésiste. Il est IADE depuis 2011 et est arrivé dans le service il y a deux ans et demi. Il n'est pas originaire de la région. Il est depuis longtemps impliqué dans la formation et fait partie des tuteurs d'étudiants IADE. Il se définit comme quelqu'un de rigoureux et qui apprécie de transmettre ses connaissances aux étudiants.

Léon est un homme âgé de 58 ans, médecin anesthésiste depuis le début des années 1980. Il a travaillé en libéral pendant près de 20 ans. Au cours de cette période, il n'avait pas l'habitude de travailler avec des infirmiers anesthésistes. Il est arrivé dans le service à la même période que Rocky. Il est originaire du nord de la France. Il se définit comme un « faux calme » pouvant se montrer parfois impulsif.

L'objectif de l'observation était de recueillir de manière objective les données en lien avec le questionnement et le cadre conceptuel du travail. L'enregistrement vidéo a permis de conserver tous les détails en rapport avec l'activité des différents acteurs. Les enregistrements ont duré 8 à 10 minutes chacun.

Les entretiens d'auto confrontation, réalisés sur la même période que le recueil de données, ont permis d'approfondir les éléments filmés et d'accéder à ce qui organisait et mobilisait la relation entre le médecin et l'infirmier anesthésiste. Ces entretiens ont permis de

confronter les professionnels à leur activité et d'objectiver ce qui n'était pas observable. Ils se sont déroulés dans le bureau de la cadre de santé du service qui se trouve à l'écart de l'agitation du bloc opératoire.

Pour éviter de parasiter les personnes interviewées avec une prise de notes, tous leurs propos ont été enregistrés. Cela a permis par la suite une retranscription précise de tout ce qui a été dit sous la forme de verbatim.

Une fois la vidéo lancée, les professionnels étaient libres de s'exprimer. Cela a permis de mettre en lumière des éléments importants en lien avec la recherche. Enfin, quelques questions complémentaires ont été posées après le visionnage en guise de conclusion.

III. Résultats

A partir des auto confrontations et des enregistrements audio de ces entretiens, une retranscription écrite des données recueillies a été réalisée afin de procéder à l'analyse. Les propos de chacun des trois professionnels ont été consignés sous forme de tableau. Cela a permis de faire coïncider les temps importants de la vidéo et les propos qui en découlaient.

Les différents échanges qui ont eu lieu avant et après la visualisation de la vidéo ont été consignés respectivement avant et après le tableau.

Les verbatim permettaient de disposer d'une vision globale sur les deux situations observées. Cela a été rendu possible grâce à la création d'un outil d'analyse permettant de confronter les retranscriptions au cadre théorique en lien avec la compétence et l'intercompréhension. L'outil d'analyse se présentait sous la forme de deux grilles. La première reprenait les déterminants de la compétence et la seconde reprenait les déterminants de l'intercompréhension selon le modèle de Philippe Zarifian. Le but de ces grilles était de retranscrire scrupuleusement les mots ou groupes de mots présents dans les

verbatim et constituant les critères et indicateurs langagiers.

La compétence est apparue clairement dans le discours des IADE interrogés. Les 4 déterminants qui la composent étaient identifiés et explicités. Pour Carrie et Rocky, la compétence découlait des apports reçus pendant la formation à l'anesthésie mais également des expériences vécues pendant leur parcours professionnel. En perpétuelle évolution, elle ne cesse de s'enrichir. Ils ont particulièrement insisté sur les situations imprévues qui permettent, selon eux, de laisser s'exprimer la compétence et de venir l'enrichir par la suite. C'est lors de ces événements particuliers que l'initiative et l'individualité peuvent pleinement s'exprimer.

Par ailleurs, les IADE étaient pleinement conscients que leurs compétences font l'objet d'une analyse et d'une évaluation de la part du médecin anesthésiste. Dans leur discours, la reconnaissance semblait indispensable. Elle permet aux professionnels de gagner en autonomie et vient favoriser leurs prises d'initiatives. Dans les propos recueillis, ce processus de reconnaissance se met en place avec le temps et augmente à mesure que l'infirmier apprend à travailler avec le médecin. Cela implique une phase incompressible au cours de laquelle chacun apprend les méthodes et habitudes de l'autre.

Cependant le médecin interrogé tenait un discours différent. Pour lui, le MAR, de par son expertise dans le domaine de l'anesthésie, est capable de jauger rapidement la compétence de l'infirmier avec lequel il travaille. Il a souligné le fait que la formation des infirmiers anesthésistes est une garantie suffisante d'exercer avec des professionnels compétents.

De plus, chaque catégorie professionnelle était consciente de sa propre responsabilité. En effet, les deux IADE, même s'ils défendaient l'autonomie et la prise d'initiative liées à leur métier, reconnaissaient tous les deux que l'anesthésie reste sous la responsabilité première du MAR. En cela, ils étaient

conscients des limites à ne pas dépasser. Léon tenait le même raisonnement en ajoutant le fait que le médecin a pour devoir de protéger l'infirmier en l'encadrant et en se portant garant de leurs actions communes. Pour lui, connaître la compétence et les limites de chacun permet d'enrichir la relation professionnelle.

En ce qui concerne l'intercompréhension, les 3 déterminants ont été clairement identifiés par les professionnels que j'ai interrogés. L'enjeu commun, qui dépasse le simple objectif, était centré sur le patient dans les propos des professionnels. Toutes les actions entreprises par les IADE et les MAR au bloc opératoire ont pour but de garantir la sécurité du patient, diminuer son anxiété et l'accompagner avant, pendant et après la chirurgie. Les différents protocoles présents dans le service ont pour but d'harmoniser les pratiques et les prises en charge des infirmiers et médecins. Leur importance a été clairement soulignée par les différents protagonistes. Ces protocoles s'ajoutent aux référentiels et recommandations dans le domaine de l'anesthésie et permettent aux professionnels d'unifier leurs compétences au sein d'une organisation commune.

La communication est aussi un élément clé qui est revenu à plusieurs reprises dans les propos enregistrés. Pour être efficace, elle doit reposer sur un langage commun, permettre d'explicitement les actions à engager en commun et leur valeur, laisser chacun exprimer ses compétences. Elle doit également être adaptée à la situation rencontrée. Carrie, Rocky et Léon s'accordaient sur le fait que la communication est incontournable pour accorder et ajuster les actions communes et qu'elle se modifie à mesure que les professionnels apprennent à se connaître et se comprendre. Pour eux, l'intercompréhension permet de diminuer les moments de communication orale lors de la prise en charge anesthésique car chacun est conscient des actions et des attentes de l'autre. Moins il y a d'échanges verbaux pendant l'induction et plus il y a de confiance, d'intercompréhension et de reconnaissance des

compétences. La parole reprend ses droits lorsqu'un événement imprévu se présente et sort du cadre de l'intercompréhension.

IV. Discussion

L'analyse des données recueillies au cours de cette recherche semble valider l'hypothèse de départ de ce travail. En effet, selon les IADE interrogés, lorsque la compétence de l'infirmier anesthésiste est reconnue par le médecin, cela lui permet de s'épanouir dans ses fonctions et d'encourager son autonomie. Le fait de se sentir compris par le MAR favorise l'envie de s'investir dans la relation qui unit infirmier et médecin. En ce sens, la reconnaissance de la compétence représente une plus-value pour l'intercompréhension entre les deux professionnels et donc pour la prise en charge des patients.

Le questionnement en lien avec la problématique et qui a motivé ce travail, a réussi à mobiliser l'intérêt des professionnels de santé. En effet, ils ont spontanément fait part de leur ressenti, leurs observations, leur vécu en lien avec la reconnaissance, la compétence et l'intercompréhension. Ils ont également insisté sur le concept de confiance. La relation qui unit l'infirmier et le médecin ne pourrait être pérenne sans cette confiance. Fruit de la connaissance et de la compréhension de l'autre, elle se forge dans le temps à mesure que les professionnels apprennent à travailler ensemble. Elle apparaît incontournable pour permettre au « couple IADE / MAR » de gérer le système dynamique de l'anesthésie, d'anticiper les différents risques et d'assurer la sécurité du patient.

Il est important de lister les limites et difficultés rencontrées lors de cette recherche. Tout d'abord, la présence d'un observateur extérieur au service a pu être source de parasites pour les professionnels. Lors des entretiens, ils ont ainsi révélé les difficultés

ressenties pour rester authentiques et naturels en se sachant filmés. Ils ont également affiché une certaine pudeur lorsqu'il s'agissait d'exprimer les émotions et ressentis en jeu lors de leur activité. Si les IADE se sont montrés plus enclin à parler de la relation qui existe avec le MAR, Léon a montré plus de difficultés pour se livrer sur ce sujet. Il était parfois compliqué d'explicitier des processus et des comportements renvoyant à l'habitude et à l'inconscient du professionnel.

Par ailleurs, il existe des biais liés aux représentations de l'observateur en tant que professionnel de santé. La recherche construite autour de la problématique de départ a pu être source d'interprétation lors de l'analyse des verbatim. L'analyse des critères langagiers a permis de limiter ces biais au maximum.

Enfin, il faut garder à l'esprit que les deux situations étudiées se déroulent au sein du même bloc opératoire et ne font intervenir que trois professionnels de l'anesthésie. Les analyses se trouvent fortement influencées par ce contexte de départ qui vient limiter une vision plus globale de phénomènes importants. Les analyses et les résultats qui en découlent sont basés sur une méthodologie qualitative et non quantitative.

V. Conclusion

Cette recherche a été motivée au départ par les nombreuses représentations sur la relation entre le médecin et l'infirmier anesthésiste. Elle a également permis d'adopter une posture réflexive sur les mécanismes qui interviennent dans cette relation de travail.

L'objectif de ce travail était d'étudier et d'identifier les mécanismes qui régissent cette relation et de déterminer si la reconnaissance de l'expérience de l'infirmier par le médecin permet de favoriser la collaboration entre les deux professionnels.

L'observation sur le terrain a permis de confronter cette hypothèse de recherche aux professionnels de l'anesthésie en activité. Il en ressort de nombreux enseignements. La collaboration entre le MAR et l'infirmier anesthésiste se nourrit de l'intercompréhension qui existe entre eux. Elle offre l'opportunité à l'IADE de développer ses compétences, son expertise et son autonomie par rapport à la prise en charge anesthésique des patients.

A mesure qu'ils apprennent à se connaître et à travailler ensemble, les professionnels de l'anesthésie développent un véritable rapport de confiance qui s'enrichit au gré des situations imprévues rencontrées.

Bibliographie

- Zarifian Philippe (1999), *Objectif Compétence*, Editions Liaisons.
- Zarifian Philippe (2009), *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Presses universitaires de France.
- Ricœur Paul (2004), *Parcours de la reconnaissance*, Editions Stock.