

La pré-oxygénation à l'épreuve du réel

31/08/2015

FERAUD JULIEN

Ecole infirmiers anesthésistes CHU de Montpellier

Résumé :

Lors de mes stages en anesthésie au bloc opératoire, j'ai pu observer des pratiques lors de l'induction qui présentaient un écart entre les enseignements, les recommandations de sociétés savantes et la mise en œuvre de la pré-oxygénation. Ces situations de travail de vécues m'ont questionné à la fois sur la sécurité en anesthésie, sur le lien théorie-pratique et sur ma future pratique. Qu'est-ce qui fait sens pour l'IADE pour adapter sa pratique lors de ce moment à risque ?

Aussi, j'ai choisi de mener une étude autour de ce temps fort de l'anesthésie afin de clarifier ce qui est mis en jeu lors de cette pratique. Ma réflexion m'a conduit à questionner : le couple théorie-pratique, la place des indicateurs dans la pratique et l'expérience. J'ai réalisé une enquête auprès de 2 IADE et 2 MAR, à partir d'une grille d'observation suivi d'un entretien d'auto-confrontation. Les données ont été analysées au regard des concepts suivants : indicateurs, expérience et contraintes.

Les résultats révèlent les éléments pris en compte par les IADE pour sécuriser la prise en charge du patient. Ce travail a illustré la place de la théorie dans la pratique et celle de l'expérience par la création des banques d'orientation. Enfin les contraintes ne rentrent pas en compte dans l'analyse de la situation et n'entraînent donc pas de modification durant cette phase. Le professionnalisme des professionnels a été prouvé et ce travail a mis à jour le rôle du binôme MAR-IADE.

Mots clés : Pré-oxygénation / Travail prescrit / Travail réel / Indicateurs / expérience / contraintes

Introduction

Selon les textes de références la pré-oxygénation est une phase primordiale lors d'une anesthésie générale. Elle a pour but de donner du temps aux professionnels de santé dans la mise en sécurité des voies aériennes supérieures mais aussi et surtout augmenter la sécurité du patient. Les conférences d'experts ont mis en évidence un objectif à atteindre afin que cette pré-oxygénation soit la plus optimale possible. Cet objectif est représenté comme le pourcentage d'oxygène expiré, aussi appelé FE02. Cet indicateur apparait sur le respirateur au moment de la pré-oxygénation et le chiffre recherché doit être de 90%. Il est dit dans ces textes de référence que seul ce chiffre est exploitable par les équipes dans le sens où les autres critères tel que le temps, ne sont pas objectivables pour tous les patients.

Malgré cet objectif très précis à atteindre, des observations dans différents blocs opératoires ont permis de mettre en évidence une adaptation des pratiques de l'IADE dans cette phase. En effet, il apparait fréquemment que ce chiffre ne soit pas recherché avant l'induction médicamenteuse.

L'objectif de ce travail est donc de mettre en avant les autres indicateurs que prennent en compte les IADE afin de réaliser la phase d'induction en sécurité.

Méthodologie :

Pour tenter de répondre à ce questionnement, il a d'abord été effectué des recherches bibliographiques sur la pré-oxygénation. Ces recherches regroupent les recommandations actuellement en vigueur et les risques de la phase d'induction. Des cadres conceptuels autour des indicateurs, de l'expérience et des contraintes ont été élaborés. Les différents concepts ont été comparés avec la réalité du terrain après l'observation de séquences d'induction et lors d'entretiens d'auto-confrontation avec les professionnels concernés. L'échantillon de la population étudiée était composé de 2 MAR et 2 IADE. Dans chaque groupe un novice et un expert étaient présents. La grille d'observation comprenait 9 items. Une trame de questions était prévue afin d'avoir un fil conducteur lors des entretiens. Afin d'interpréter les résultats une grille d'analyse reprenant les différents concepts a été élaborée. Celle-ci avait pour but de faire ressortir les éléments principaux de ces entretiens et les possibles réponses à mon questionnement.

Résultats :

Il apparait dans ces entretiens que les recommandations pour conduire la phase de pré-oxygénation est connue de toutes les personnes interrogées. Or il apparait que l'indicateur principal n'est pas le pourcentage de FE02 mais les critères du

patient. A savoir les critères prédictifs d'intubation difficile, les antécédents respiratoires, ainsi que toutes autres pathologies pouvant entraîner des risques de désaturation rapide. Cet indicateur chiffré guide leurs actions. Chaque professionnel s'appuie sur la feuille d'anesthésie en amont de la situation pour élaborer une conduite à tenir durant la phase d'induction.

Concernant l'expérience, elle agit sur les pratiques professionnelles des personnes interrogées. Il y a bien création de « banques d'orientations »¹ de la part des membres de l'équipe d'anesthésie. Une autre notion qui ressort est celle de l'expérience du binôme. Malgré une expérience différente des personnes interrogées, ils se fient tous aux mêmes indicateurs, qui sont ceux que les sociétés savantes préconisent.

Pour finir les contraintes présentes au sein d'un bloc opératoire comme le temps, les réunions ou autres ne rentrent pas en compte dans l'analyse de la situation et dans l'adaptation des pratiques. Cette phase est primordiale dans la mise en sécurité du patient et les contraintes n'impactent pas les équipes. Le temps sera gagné dans d'autres

phases ne présentant pas de risques pour le patient.

Discussion :

Au vu des résultats nous pouvons dire que les équipes se servent bien des indicateurs donnés par les sociétés savantes mais ils analysent la situation dans son ensemble et priorisent ces indicateurs. Le cadre théorique reste le seul support sur lequel s'appuient les membres de l'équipe d'anesthésie. L'expérience rentre elle aussi en jeu lorsqu'il s'agit d'analyser la situation et de répondre aux événements pouvant se produire durant cette phase.

D'autres notions sont aussi abordées par les équipes. Il s'agit de l'organisation implicite² du travail qui guide nos pratiques. En effet dans la majorité des cas, lors de l'induction, les MAR injectent les produits d'anesthésie et les IADE réalisent la pré-oxygénation et l'intubation. Il existe une sorte de partage des tâches qui se créent de manières « instinctives » et la responsabilité se déplace au fur et à mesure de l'action. Ces actions sont réalisées grâce au socle de connaissances communes que partagent les MAR et les IADE.

Une autre notion qui paraît importante de mettre en avant est celle de l'absence de communication au sein des équipes

¹ Pierre Pastré La deuxième vie de la didactique professionnelle. In éducation permanente n°165 p.3

² Yves Clot, Daniel Faïta : Genres et styles en analyses du travail. Concepts et méthodes p.11

d'anesthésie. En effet il ressort des enquêtes que les IADE n'osent pas demander aux MAR d'attendre une pré-oxygénation complète avant d'endormir le patient. Il paraît intéressant de continuer ce travail de recherche dans ce sens.

Conclusion :

Cette analyse de pratique professionnelle permet de mettre en avant l'importance des connaissances théoriques de la part des IADE et leur mise en pratique au quotidien. Il permet aussi de mettre en lumière tout le travail d'analyse des situations cliniques de la part des IADE. Les indicateurs et l'expérience interviennent et permettent aux professionnels d'adapter leur pratique à la réalité de l'exercice professionnel lors de la phase d'induction, afin de sécuriser la prise en soin du patient.

Il apparaît en contrepartie une absence de communication au sein des équipes d'anesthésie, comme si la place et le rôle de chacun étaient prédéfinis. Cela questionne les règles d'action implicites des équipes. Il

serait intéressant de poursuivre ce travail de recherche autour de cette thématique.

La phase d'induction étant un moment à risque et difficile à appréhender pour les nouveaux IADE, il semble intéressant de mettre en place des outils durant la formation des différents membres de l'équipe d'anesthésie. Ces outils sont à explorer dans une autre recherche, mais la simulation pourrait être une première piste. Les outils favorisant la communication, comme le partage d'expérience au sein de groupe d'analyse des pratiques professionnelles pourrait là aussi favoriser la mise en place d'un dialogue.

Ces propositions tendraient à améliorer la prise en charge du patient ainsi que sa sécurité lors d'une phase à risque. L'harmonisation des pratiques, et la mise en place de la communication pourraient aussi permettre d'améliorer le confort de travail des professionnels de santé.

Bibliographie

Pierre Pastré La deuxième vie de la didactique professionnelle. In éducation permanente n°165 p.3
Yves Clot, Daniel Faïta : Genres et styles en analyses du travail. Concepts et méthodes p.11