

Quand le Care et le rendement entrent en compétition au bloc opératoire :

Comment l’IADE peut redonner cette attention particulière sans freiner l’activité ?

Résumé

La venue au bloc opératoire est un évènement qui impacte le quotidien des gens. Ils ne maîtrisent plus leur environnement, certains choix leurs sont imposés et les soins nécessaires peuvent générer un inconfort physique et moral.

Au décours d’un stage, une situation de soin, en salle d’intervention, m’a interpellé et mon travail avait pour objectif de savoir :

« Quels sont les moyens applicables au bloc opératoire pour assurer le prendre soin des patients et identifier les contraintes inhérentes à ce milieu ? »

Pour comprendre ma situation, la littérature m’a aidé à développer plusieurs concepts, repris dans les mots clés.

La réalisation d’entretiens d’auto-confrontation faisant suite à un enregistrement vidéo, suivit de l’analyse des résultats ont permis de comparer les différents points de vue. Puis, de mettre en relief l’importance du prendre soin dans le travail des IADE.

Ce partage de valeurs morales offre des éléments de réponse comme outils reproductibles pour élaborer une prise en soin satisfaisante.

Au final, ce questionnement intéresse les jeunes diplômés qui devront trouver leur place au sein de l’équipe pluridisciplinaire, à qui il faudra transmettre des éléments de réponses afin de laisser cette place centrale au patient.

Mots clés : Prendre soin – Coopération inter équipe – Confort – Consensus

Abstract

The arrival in the operating room is an event that affects greatly patients. They are no longer in control of their environment, choices are made for them and the procedures can generate both physical and mental discomfort.

“What are the means anesthesiologist nurse can apply in the operating room to ensure the best care of patients and identify the constraints inherent in this environment?”

Existing literature provides several concepts to understand better setting: there include patient care, consensus and comfort as well as inter professional cooperation.

To evaluate this situation, self-confrontation interviews following a video recording were used.

Analysis revealed that the anesthesiologist nurse have the same vision concerning patient care.

These shared moral values allow newly trained practitioners to apply techniques developed by professionals already in the field.

These practices can facilitate the entry of young graduates into a multidisciplinary team.

Key Words: Caring - Inter team Cooperation - Comfort - Consensus

Introduction

Prendre soin de l’autre est le fondement même du métier d’infirmier à son origine. Mais qu’est ce que le Care ?

Selon Walter Hesbeen, prendre soin est le fait de « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien être, de promouvoir sa santé. [...] en utilisant les compétences professionnelles qui caractérisent les acteurs de telle ou telle profession.* ». Pascale Molinier complète cette approche en insérant la notion de volonté.

Cependant, dans un univers, qu’est le bloc opératoire, où le rendement prime :
« Quelles sont les actions que les IADE peuvent mettre en place et quelles sont leurs limites? »

Dans une société où la santé est devenue une entreprise à part entière avec des clients et des enjeux financiers, la question de redonner une place centrale au patient en tant qu’être humain s’avère d’actualité.

Méthodologie

Au vue des questions et hypothèses émanant de ma situation, a été fait le choix d’étudier quatre concepts ; le Prendre soin, le Confort, la Coopération inter-équipe et le Consensus.

Par la suite, un recueil de données, filmé (observation non participante) en sas d’accueil, suivi d’entretiens d’auto-confrontation ont été réalisés.

Il s’agissait d’une étude qualitative.

Cette méthode permettait de prendre en compte le non verbal et l’organisation des agents lors de l’accueil d’un patient ; du transfert de son lit sur la table d’opération. Ces éléments furent plus éloquents qu’un

entretien semi directif, un questionnaire ; où il est souvent difficile pour les soignants de se livrer sincèrement.

Le fait de confronter les gens à leurs actions du quotidien, parfois faites de manière automatique, les invite à se questionner sur leurs pratiques, à leur donner du sens.

Le choix des professionnels ; une IADE, une EIADE ainsi qu’une AS, a été réalisé en ce sens car mon travail de recherche soulevait la question de la collaboration inter-équipe comme moyen de parvenir à prendre soin.

Ce recueil de données m’a permis de comprendre pour chacun des professionnels ;

- Leur vision du prendre soin, leurs actions.
- Leur place auprès du patient au bloc opératoire.
- Leur vision de la collaboration avec les membres de l’équipe.

Suite aux auto-confrontations, une analyse de ces entretiens à été réalisée.

La première phase de l’analyse consistait à extraire de chaque entretien les éléments en lien avec la problématique et de les classer par catégories, à l’aide d’indicateurs.

Les trois entretiens firent l’objet d’une grille d’analyse.

Une étude comparative de ces trois entrevues s’ensuivit. Celle-ci dans le but de comprendre comment les professionnels travaillaient ensemble autour du patient, chacun ayant des impératifs liés à sa spécialité.

A la lumière de cette analyse, des éléments indiquaient que l’IADE se trouvait être le professionnel privilégié pour coordonner et

assurer le prendre soin du patient au bloc opératoire.

De nouvelles pistes de réflexion en découlèrent.

Résultats

Le Prendre soin

Pour l’ensemble des professionnels, s’en est retrouvée une approche commune. Soit, un ensemble de qualités morales illustrées par une attitude d’écoute, de bienveillance ; une disponibilité du professionnel. Selon eux, il s’agit d’un devoir.

Les compétences permettent d’établir des stratégies nécessaires au prendre soin dans un milieu n’y laissant que peu de temps.

Le Confort

En ce qui concerne cette notion, l’EIADE et l’AS en ont une représentation physique, en terme d’absence de désagréments extérieurs (thermique, sonore, pudeur, liés à l’installation...). Pour l’IADE, l’expérience semble faire prévaloir le confort psychologique au-delà des moyens matériels, qu’elle utilise et maîtrise au quotidien dans l’accompagnement et le réconfort du patient.

Cette dernière approche est uniquement applicable aux chirurgies programmées ; les contextes d’urgence nécessitant une priorisation des soins par un pronostic vital rapidement engagé. Dans ces contextes, le confort perçu comme menant au mieux-être, peut être mis au second plan au profit d’actes plus invasifs et douloureux qui assurent le maintien des fonctions vitales. La priorisation n’est pas synonyme d’oubli.

Il en ressort que le prendre soin peut être désagréable et inconfortable, lorsqu’il y a un enjeu vital.

L’expérience professionnelle de l’IADE permet un gain de temps dans la mise en place de ces actions simples et efficaces par sa capacité à les déléguer aux autres professionnels disposant de ces compétences.

Cette répartition des tâches est essentielle et lui permet de se concentrer sur un aspect plus technique de la situation.

La Coopération inter-équipe

En partant d’outils personnels et individuels, ceux-ci s’élargissent en un outil collectif qu’est la collaboration ; ce qui précise la nécessité d’une dynamique de groupe et d’une volonté collégiale pour établir une prise en soin de qualité.

Les soignants possèdent cette volonté de communication au sein de l’équipe, pour mettre en commun leurs efforts afin de se centrer vers le même objectif ; l’humain.

L’IADE utilise le terme d’expertise en désignant l’un des principal moyen lui permettant d’apporter un prendre soin optimal au bloc opératoire.

Personnaliser la prise en charge en repérant des éléments évocateurs d’inconfort, analyser les signes non verbaux du patient, poser les bonnes questions pour cibler les actions. Ce gain de temps par une analyse précise et rapide réduit la durée d’inconfort par des aides matérielles. Il permet aussi de prioriser les actions et de porter son attention au mieux-être psychologique.

Néanmoins, le terme d’expertise est un dépassement de langage, le mot approprié étant celui de compétence.

Il s’agit de développer des compétences précises pour une situation donnée, gage d’une capacité d’adaptation efficace dans son travail.

Chaque professionnel possède des compétences pour la prise en soin du

patient, mais la méthode la plus efficiente reste la coopération inter-équipe.

Aux dires des agents rencontrés pour ce travail de fin d’études, L’IADE apparait comme le professionnel le plus à même de veiller à ce prendre soin. Il possède des compétences spécifiques et une place privilégiée auprès du patient. Ces éléments permettraient de coordonner son travail avec celui des autres professionnels et de superviser les actions de chacun pour qu’elles soient conformes et adaptées.

Les limites

Ce sont des facteurs organisationnels et interactionnels qui sont identifiés comme obstacle à l’accès de cet objectif commun.

Ce qui valide l’une de mes hypothèses concernant un problème de pression hiérarchique ; quelle soit institutionnelle, chirurgicale ou anesthésique, ce qui majore la difficulté de positionnement pour les jeunes diplômés.

Discussion

Les résultats de cette étude valident certaines hypothèses de départ, d’autres ouvrent des pistes de réflexion.

Au regard d’une programmation toujours plus importante qui réduit le temps de présence auprès des patients, il est primordial pour les IADE, de posséder des outils pour optimiser ce temps.

L’un des outils que je souhaite m’approprier est l’hypnose médicale ; méthode génératrice d’un lien, où s’établit une relation de confiance. Cette approche met le patient au centre des soins en le considérant comme une personne singulière.

La rencontre du patient et du soignant est une situation de communication particulière. Les professionnels sont-ils suffisamment formés dans ce domaine ?

Face à ce questionnement, il en ressort que la transmission d’outils aux jeunes diplômés fait partie des compétences des IADE afin de leur donner des clés pour une prise en soin satisfaisante et personnalisée.

Certains facteurs extérieurs altérant cette démarche ne peuvent être modifiés par les équipes. Il apparait primordial que chaque professionnel ait connaissance du travail de ses collègues pour respecter le temps et l’espace de travail de chacun au sein de l’équipe.

Une meilleure communication entre les différents professionnels permettrait-elle la mise en place de stratégies communes ?

Conclusion

Au-delà du questionnement sur les possibilités données à l’IADE pour prendre soin des patients, il s’agit d’une interrogation sur le positionnement du jeune diplômé pour utiliser ces outils.

Ce travail de recherche a permis de trouver des éléments de réponse, de réfléchir à une transmission efficace de ces savoirs aux jeunes diplômés pour leur apporter une plus grande sérénité dans leur travail.

Cependant, dans une formation où un savoir-faire spécialisé est enseigné, qu’elle est la place du savoir-être ?

Bibliographie

• Articles

- Bourhis, C., Tual, F. (2013), « Éducation pour la santé : mieux s'adapter aux attentes des parents. Résultats d'une enquête quantitative et qualitative dans le Morbihan », *Santé Publique*, Vol. 25, p. 15-24.

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-15.htm> (consulté le 17/12/2014)

- Marchand, D., Weiss, K. (2009), Représentations sociales du confort dans le train : vers une conceptualisation de la notion de confort social. *Presses universitaires de Liège -Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 84, p107 à 124.

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-4-page-107.htm> (consulté le 17/12/2014)

Bibliographie tirée de cet article

- Levy-Leboyer C. (1980), *Psychologie et environnement*, Editions PUF.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP et Zimmerman JE (1986), “An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers”, *Annals of Internal Medicine*, n°104, p410-418.
- Dumur E., Bernard Y. et Boy G. (2004), “Designing for comfort”, *Human factors in design*, Maastricht Shaker Publishing, p111-127.
- Sèze C. (1994), « Confort moderne: une nouvelle culture du bien-être », *Autrement*, n°20, p110-124.
- Fisher G.N (1997), *Psychologie de l’environnement social*, Paris, Editions Dunod.
- Abric J.C et Vergès P (1996), *Les propriétés du noyau central dans le cas d’objets de représentation non autonomes*, Troisième conférence internationale sur les représentations sociales, Aix en Provence.
- Pineau C. (1980), *Psychologie différentielle du confort; Etude des besoins individuels en matière de confort dans les logements*, Unpublished doctoral dissertation, Paris 5.
- Evans G.W et Wener R.E (2007), “Crowding and personal space invasion on the train: Please don’t make me sit in the middle”. *Journal of Environmental Psychology*, n°27, p90-94.

- Flament C. et Rouquette M.L (2003), *Anatomie des idées ordinaires : comment étudier les représentations sociales ?*, Editions Armand Colin.
- Souchet L. et Tafani E. (2004), « Pratiques et représentations sociales », *Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, n° 63, p81-92.
- Moser G. (1992), *Les stress urbains*, Editions Armand Colin.

- Nadot, M.(2005), « Au commencement était le prendre soin », *Revue Soins*, n°700, p37-40
- Wacheux, F., Kosremelli Asmar, M., « Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d’un hôpital universitaire »

Article disponible en ligne à l'adresse:

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf (consulté le 16/03/2015).

Bibliographie tirée de cet article

- D’Amour D, Sicotte C. et Lévy R. (1999), « L’action collective au sein d’équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences Sociales et santé*, n°17, p67-93.
- Henneman et al (1995), “Collaboration: a concept analysis”, *Journal of Advanced Nursing*, 1095 (21), p103-109
- IOM (2001), “Crossing the chasm : A new health system for the 21st century”, *National Academy Press : Washington D.C.*
- Mariano C. (1989), “The case for interdisciplinary collaboration”, *Nursing Outlook*, p285-288.
- Makarem S. (1995),” Interprofessional cooperation”, *Medical Education*, n°29, p65-69.
- Friedberg E. (1993), *Le pouvoir et la règle : dynamique de l’action organisée*, Editions du Seuil.
- Fourez G. (2001), *Les fondements de l’interdisciplinarité dans la formation à l’enseignement*, Edition du CRP.

- D’Amour D., (1997), *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*, Thèse de doctorat, Médecine Montréal : GRIS, Université de Montréal.
- D’Amour D. et Oandasan I. (2005), IECPCP Framework, Santé Canada, p240-250.
- Romelaer P. (2002), *Organisation : panorama d’une méthode de diagnostic*, Université Paris Dauphine.
- Guiraud-Chaumeil B. (2000a), Progrès médical, qualité des soins et transparence. *Les facultés et instituts des sciences médicales face aux impératifs de la santé au début du XXIème siècle*, Université Saint-Joseph Beyrouth, p31-40.

- **Livres**

- Carl R. (1996), *Le développement de la personne*, Editions Broché.
- Formarier, M., Jovic, L. (2007), *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème édition. Editions Mallet Conseil.
- Henderson, V. (1994), *La nature des soins infirmiers* (traduction de l’édition américaine *The Principles and Practice of Nursing*), InterEditions, Paris, Maslow.
- Tronto J. (1993), *Moral Boundaries, A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, Routledge; trad.fr. *Un monde vulnérable, Pour une politique du care*, Paris, éditions la Découverte, 2009.
- Marzano M. (2006), *Je consens donc je suis...*, Editions PUF.
- Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P. (2009), *Qu’est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Editions Payot & Rivages.
- Nisard M. (1864), *Cicéron Œuvres complètes*, Editions Firmin Didot frères.
- Pacific C. (2011), *Consensus/Dissensus-Principe du conflit nécessaire*, L’Harmattan.
- Walter, H. (2006), « *Prendre soin à l’hôpital* » inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris Inter édition.

- **Autres**

- Modèle conceptuel Virginia Henderson, disponible sur www.infirmiers.com (consulté le 16/03/2015)

- Dictionnaires Larousse et encyclopédies en ligne, disponible sur www.larousse.fr (consulté le 16/03/2015)
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifiés au Code de la Santé Publique, Quatrième partie, Livre III, Titre I, Chapitre I, Articles L4311-12.
- Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Annexe II, programme de formation, JO du 2 février 2002
- Dictionnaire étymologique Larousse, Paris, 1971.