

**« L'expertise IADE peut-elle remplacer le monitoring lors d'un
transfert post interventionnel ? »**

ABSTRACT

The transfer between the operating room and PACU is a dynamic activity during which the anesthesia nurse (AN) guarantees the safety of the patient. A thoughtful organization has to be in place to anticipate all post-operative complications to which the patient is exposed. The question posed is to understand how the AN organizes himself to face these risks. To answer it, semi-structured interviews of AN beginners and AN expert on the subject were conducted in two different surgical units. The results demonstrated the importance of skills in the organization of this activity. The AN will acquire through his professional experience, risk anticipation strategies and clinical analysis skills. Planned action will be personalized for each patient and adapted to the AN's *savoir-faire*. The AN will thus create his own secure organization transfer style, using monitoring only if the situation requires it.

Key Word : Transfer / Postoperative Complication / IADE / Skill / Monitoring

RESUME

Le transfert entre la salle d'opération et la SSPI est une activité dynamique, au cours de laquelle l'IADE est garant de la sécurité du patient. Une organisation réfléchie doit être mise en place pour anticiper toutes complications post-opératoires auxquelles le patient est exposé. La problématique posée est de comprendre comment l'IADE s'organise face à ces risques. Pour y répondre, des entretiens semi-directifs d'IADE débutants et experts sur ce sujet ont été réalisées dans deux blocs opératoires différents. Les résultats ont montré l'importance des compétences professionnelles dans l'organisation de cette activité. L'IADE va acquérir par l'expérience professionnelle, une stratégies d'anticipation du risque et une capacité d'analyse clinique. La planification des actes sera personnalisée pour chaque patient et adaptée au savoir-faire de l'IADE. L'IADE va ainsi créer son propre style d'organisation sécuritaire du transfert, le monitoring ne sera qu'un outil à disposition si la situation le nécessite.

Mots Clefs : Transfert/ Complication post-opératoire / IADE / Compétence / Monitoring.

[Tapez ici]

Le transfert entre la salle d'opération et la SSPI est une activité dynamique, au cours de laquelle l'IADE est garant de la sécurité du patient. Des études cliniques ont montré des taux de complications post-opératoire pouvant aller jusqu'à 33%. Il est donc important qu'une organisation réfléchie soit mise en place pour anticiper ces risques. Dans le domaine de l'anesthésie le monitoring est utilisé fréquemment pour aider à la surveillance clinique du patient, pourtant il est peu sollicité dans l'activité du transfert. A partir de ce constat, la problématique posée est de comprendre comment l'IADE peut s'organiser face aux risques postopératoire pendant le transfert des patients de la salle de bloc vers la SSPI pour garantir une sécurité optimale.

METHODE

Pour répondre à cette problématique la méthodologie mise en place a été l'élaboration de quatre entretiens semi-directifs avec approche qualitative permettant de comparer la prise en charge du transfert d'un IADE débutant à celui de l'IADE expert. L'outil mis en place a permis d'observer les différences entre ces deux professionnels et mettre en avant les compétences construites par l'IADE expert lui permettant d'être plus performant dans cette activité. Ces entretiens ont été réalisés sur deux sites différents. Le premier est un bloc de taille imposante (18 salles) avec de longs couloirs et une distance bloc SSPI longue. Ce service a aussi comme particularité de ne pas détenir de monitoring portatif de base sur ces moniteurs de bloc. L'autre site étudié est un bloc de petite taille (5 salles) ayant une courte distance entre les salles de bloc et la SSPI. Ce service possède un monitoring de base composé d'une cassette de transport

permettant le suivi continu des paramètres des patients. Grâce à ces deux sites, la différence d'organisation du transfert sur une courte et longue distance a pu être observé, ainsi que les différences de prise en charge lors de la présence de monitoring systématique ou non. Les soignants interrogés sont un IADE novice (moins de deux ans de pratique) et expert (plus de cinq ans de pratique) sur chaque site. Ces entretiens se sont déroulés pendant le mois d'avril 2016 en 3 sessions différentes.

RESULTATS

L'organisation de l'IADE face aux transferts post-interventionnels des patients se déroule en 4 étapes : l'analyse du risque, l'anticipation du risque, la surveillance du risque et la prise en charge du risque.

Analyse du risque

Pour évaluer le risque lié au transfert l'ensemble des IADE utilisent les mêmes critères de base. Ils vont s'intéresser à la fonction cardiovasculaire et respiratoire du patient. Au type d'anesthésie prodiguée pour évaluer le risque lié aux effets secondaires des produits d'anesthésie utilisés. A la nature de la chirurgie et au type de geste effectué. Ils vont rechercher si des événements indésirables se sont produits pendant l'intervention. Les critères de base pour évaluer le risque d'un transfert sont les mêmes quel que soit le niveau d'expérience de l'IADE, cependant l'expert va apporter un élément supplémentaire par rapport au débutant qu'il définit comme le « feeling » ou le « flair ». L'IADE va se servir de son instinct, construit de son expérience, pour analyser la situation et évaluer le risque, et ainsi adapter sa prise en charge. Grâce à son expérience professionnelle, l'IADE expert est plus performant dans l'analyse du risque. Il va ainsi sélectionner les

[Tapez ici]

informations essentielles pour pouvoir élaborer une analyse du risque précise.

Anticipation du risque

Face à ces risques, l'IADE débutant va chercher un équilibre entre sécurité du patient et confort de travail en SSPI. Ainsi il va anticiper, en concertation avec le MAR, le lieu d'extubation le plus approprié. Avant de transférer le patient, il prévient la salle de réveil de son arrivée pour diminuer le temps de prise en charge en SSPI et limiter la période à risque dans le couloir. Avant de débiter le transfert, il s'assure de la bonne profondeur d'anesthésie du patient. De manière systématique, il emporte de l'oxygène, du matériel de ventilation et des drogues d'anesthésie. L'expert, contrairement au débutant, va emporter du matériel seulement s'il estime que le patient présente un risque. En l'absence de celui-ci l'expert est capable de partir sans matériel. Par contre, au moindre doute, il prendra le matériel de suppléance qu'il juge nécessaire, comme le matériel de ventilation et l'oxygène. C'est grâce à son vécu qu'il cible les actions anticipatives à mettre en place et adapte les moyens matériels à emporter.

Surveillance du risque

Quel que soit le service et le niveau d'expérience de l'IADE, la surveillance continue du patient s'effectue toujours par l'analyse clinique. L'IADE va surveiller en priorité la fonction respiratoire, grâce à l'évaluation de la coloration cutanée, des mouvements thoraciques et des bruits respiratoires. L'absence de monitoring de transport systématique n'est pas une contrainte pour les IADE. Ils estiment la surveillance clinique suffisante pour leur quotidien. Cette compétence construite de leurs expériences IADE et IDE permet

d'assurer la sécurité du patient en l'absence de matériel. Ainsi le monitoring n'est pas nécessaire lors de transfert de courte distance. Il est utilisé seulement lorsque les IADE le jugent indispensable.

Prise en charge de la complication

La complication la plus fréquente est le réveil du patient sur table au cours du transfert. Dans cette situation, l'origine du problème est liée à un défaut d'analyse du risque et une mauvaise estimation de la profondeur d'anesthésie du patient. Les IADE expliquent que d'un côté il y a la théorie sur la durée d'action des médicaments hypnotiques et de l'autre la réalité du terrain. Cette réalité va s'apprendre à leurs dépens par les complications et vont leur permettre par la suite d'adapter leurs propres façons d'organiser le transfert. Ils apprennent avec l'expérience et ensuite ils mettent en place des stratégies d'adaptation pour ne pas être confronté de nouveau à cette situation. L'IADE construit son organisation du transfert (anticipation, analyse, conditionnement...) à partir de son expérience du terrain.

DISCUSSION

L'organisation de l'IADE face aux transferts post-interventionnels des patients va se dérouler en plusieurs étapes.

Tout d'abord, l'IADE va analyser le niveau de risque du transfert avant de l'effectuer et adapter le conditionnement à mettre en place pour le réaliser en sécurité. Cette analyse va se faire en fonction du terrain du patient, de la chirurgie, de l'anesthésie et de la distance à parcourir, comme le décrivent les articles du CSP, les recommandations de la SFAR et le référentiel de compétences IADE. Pour être encore plus performant, l'IADE va adapter ses propres critères de

[Tapez ici]

risques à partir de son vécu. Il va développer une capacité d'analyse plus élaborée et plus proche de la réalité par rapport à la prescription ouverte. Il va développer une compétence d'analyse au-delà du prescrit comme le décrit Guy le BOTERF dans ce qu'il appelle le « savoir agir en situation ». L'IADE ne va pas seulement se contenter d'utiliser sa compétence de diagnostic pour prendre en charge une complication, mais il va apprendre à l'anticiper en développant une capacité de pronostic. Il ne va pas se contenter d'effectuer des actions rétroactives une fois la complication décelée mais il va apprendre à l'anticiper. L'IADE va développer au-delà de la compétence requise de son référentiel, une compétence d'organisation du transfert bien plus élaborée à partir de la réalité du terrain et de son expérience. C'est ce que Guy Le BOTERF qualifie de « compétence réelle ». L'IADE sous l'influence de son vécu et de sa manière de combiner ses savoirs, va créer sa propre organisation du transfert, son propre style. Ainsi il n'existe pas un seul style de transfert mais bien différentes manières de l'organiser.

Ensuite, l'IADE au cours de cette activité va devoir assurer une surveillance continue du patient, comme les textes de loi le stipulent. Pour diagnostiquer une complication au cours du transfert, l'IADE va se servir de sa compétence d'analyse clinique. Sur une courte distance, comme celui du transfert de la salle d'opération et la SSPI, le monitoring ne paraît pas indispensable. Il est généralement dédié aux patients jugés à risque ou lorsque la distance de transfert l'impose. L'IADE est capable, à partir de ses propres compétences, d'assurer la surveillance continue du patient durant le transfert. Le monitoring reste un outil à disposition, utilisé par l'IADE lorsqu'il le juge nécessaire.

Ensuite pour pallier une complication au cours d'un transfert, l'IADE va devoir faire appel à ses compétences : le savoir, le savoir-faire et le savoir être. Il va ainsi combiner ces trois entités et agir pour résoudre le problème. Puis il va évaluer le résultat obtenu et éventuellement le corriger. Cette confrontation à la complication permet à l'IADE de mettre en place une stratégie d'adaptation pour éviter qu'elle ne se reproduise. La stratégie de l'IADE n'est pas de devenir plus performant dans la prise en charge de l'imprévu, mais il va chercher à perfectionner l'anticipation du risque.

L'évolution de la pratique du transfert de l'IADE va évoluer avec l'expérience. Son expertise va lui permettre d'identifier les facteurs de risque, le conditionnement nécessaire et la surveillance la plus adaptée à la situation. Par la confrontation aux erreurs de jugement et à la complication qui peut en découler, il apprend à mettre en place une stratégie d'adaptation. L'expérience permet d'être moins en moins confronté à la complication grâce à l'anticipation et la capacité de pronostic qui en découle.

CONCLUSION

L'apprentissage de l'organisation du transfert va se faire par l'expérience. Il est parfois nécessaire de se confronter aux complications pour mieux les comprendre et ainsi développer une capacité d'adaptation. La formation IADE permet d'avoir les bases des compétences nécessaires au transfert. C'est ensuite à l'IADE de les développer pour gagner en expertise dans ce domaine. Il n'y a pas d'organisation type pour le transfert mais bien différents styles créés à partir du vécu de l'IADE. Le débutant a toutes les ressources nécessaires pour être sécuritaire. Seul le savoir-faire développé sur le terrain

[Tapez ici]

lui permettra de devenir plus efficace. Cet apprentissage va se faire par la confrontation aux complications et aux erreurs de jugement. Elles lui permettront de se perfectionner, toujours dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des patients.

REFERENCES

OUVRAGES

Morel, M. (2012) Expert, expertise. In : Formarier, M., Ljiljana, J. Les concepts en sciences infirmières. MALLET CONSEIL, 193-194.

Naudin, D. (2014). Fiche IADE infirmier anesthésiste. Elsevier Masson. 30-45

Benner, P. (2003). De novice à expert, excellence en soins infirmier. MASSON. 264p

REVUES

Le Boterf, G. (Février 2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Soins cadre, n°41, 1-3.

ARTICLES

Tiret, L., Desmots, JM., Hatton, F., Vourc'h, G. (1986). Complications associated with anesthesia a prospective survey in France. Can Anesth Soc J. 33(3 Pt 1) :336-44

Pr Lienhart, A. (Novembre 1993). Rapport du haut comité public sur la sécurité anesthésique. S.F.A.R.

OTTENI, J.C. (Septembre 1990 –1994). Recommandations concernant la

surveillance et les soins post-anesthésiques, S.F.A.R., 2^{ème} édition.

Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie modifiant le code de la santé publique

Référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste Annexe 2 de l'Arrêté du 23 juillet 2012.

Lienhart, A., Auroy Y., Péquignot, F., Benhamou, D., Jouglà E. (Septembre 2003). Premières leçons de l'enquête « mortalité » Sfar- Inserm. Elsevier SAS. 203-218

Mayson, K., Beestra, J., Choi, P. (June 2005). The incidence of postoperative complications in the PACU. Canadian Journal of Anesthesia, Volume 52, Supplement 1, pp A111-A111

WEBOGRAPHIE

Le Clainche, E. (Février 2008). Approche du concept de COMPETENCE [en ligne] (page consulté le 15/01/2016) http://formatice.org/en_ligne/socle/concept_competences.pdf

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [En ligne]. CNRS, 2012. <http://www.cnrtl.fr/definition/>

Peter, J.-D. (2003). La surveillance du réveil post-anesthésique [En ligne], (page consulté le 10/12/2015) http://www.soins-infirmiers.com/complications_post_anesthésique.php

[Tapez ici]

Dr Gomis, P. (2002). Complications post-opératoires [En ligne] (page consulté le 11/12/2015)

<https://chi2.files.wordpress.com/2007/01/postop2002.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. « Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » [En ligne] (page consulté le 11/01/2016)

<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/exercer-une-surveillance-clinique>

THESE

Mouchrif, I. (2012). Les accidents et les incidents de réveil en salle de surveillance post-interventionnelle. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Fès : Université Sidi Mohammed Ben Abdellah. 96 p