

La sécurité en anesthésie :

L'infirmier anesthésiste et ses représentations au cours de sa carrière.

PAGES Sandra,
Ecole d'infirmiers anesthésistes,
CHRU Montpellier,
Promotion 2013-2015.

Résumé

L'ouverture de salle opératoire est règlementée et exhaustive. La sécurité et la prévention d'une complication sont les objectifs de l'ouverture de salle. Pourtant chaque infirmier anesthésiste (IADE) prépare et vérifie sa salle de façon individuelle et personnelle.

Le questionnement est le suivant :

« En quoi l'expérience de l'IADE influence sa représentation du risque lors d'une ouverture de salle adaptée au terrain de chaque patient ? »

Un cadre théorique qui intègre la législation, les compétences, l'expertise, la gestion et la prévention des risques en anesthésie a été développé. Deux questionnaires différents ont été créés pour s'entretenir avec 8 IADE et 2 médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) de degrés d'expérience variables afin d'établir un lien entre l'expérience, l'ouverture de salle et la sécurité.

Ce travail met en évidence l'importance des perceptions de chacun, la complexité de la relation MAR-IADE et la gestion et prévention des risques à chaque instant.

Mots clés : Ouverture de salle - expertise - sécurité- gestion et prévention des risques.

Introduction

L'ouverture de salle opératoire est une situation emblématique quotidienne pour les IADE exerçant au bloc opératoire.

Les connaissances des IADE sont constituées d'un savoir théorique et d'un savoir pratique acquis avec l'expérience¹. La compétence est la capacité du professionnel à s'adapter et à réagir rapidement à un changement de situation^{2,3}. L'expérience joue un rôle dans le développement des compétences. Un professionnel est qualifié de compétent s'il possède des capacités d'organisation, d'analyse, d'anticipation, d'adaptation et le sens des priorités. Ces termes sont repris par le référentiel de compétences pour la formation IADE.

¹ Benner P. (2003), *De novice a expert excellence en soins infirmiers*, Editions Elsevier-Masson.

² Le Boterf, G 2004 « *Construire les compétences individuelles et collectives* », Editions d'Organisation.

³ Le Boterf, G. (février 2002 p.2), « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins cadres*, n°41.

La sécurité en anesthésie est grandissante. Les établissements sont évalués lors de leur accréditation sur leur efficacité dans le domaine des vigilances et de la prévention des risques. Selon une étude nationale menée en 1999 par la SFAR en France, les décès imputables à l'anesthésie sont de 5.4 décès pour 100000 anesthésies⁴. Les périodes d'apparitions des complications sont l'induction, en peropératoire et en post-opératoire. Selon René Amalberti le domaine de l'anesthésie est un domaine ultra sûr. L'anesthésie du patient ASA 1 ou 2 présente le même niveau de risque mortel que l'aviation. L'anesthésie du patient ASA 4 de plus de 84 ans est assimilée à un système peu sûr.

Le cadre législatif est bien défini.

Le décret du 20 juillet 2005 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie énonce le matériel et les conditions de surveillance de tout patient après toute anesthésie.

L'arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux précise dans l'article 2 que la FOSO doit être remplie quotidiennement afin de tracer la vérification et la présence du matériel et des équipements de la salle opératoire.

La check-List de la haute autorité de santé (HAS) a été instaurée dès janvier 2010 en France dans tous les établissements de santé. Elle permet de croiser les informations lors des moments critiques à hauts risques.

⁴ Lienhart A., Auroy Y., Péquignot F., et al. 2006, *Survey of anesthesia-related mortality in France*, *Anesthesiology* 105:1087-97.

La société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) énonce des recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État.

La gestion du risque est une démarche réactive et préventive qui incombe à chaque acteur de santé. Elle suppose d'identifier, d'évaluer et de réduire ce risque grâce à l'effort de l'ensemble des professionnels et de le faire tendre vers zéro. Le modèle du Professeur James Reason a beaucoup été utilisé dans l'aéronautique⁵. Cet outil est appliqué également en anesthésie pour éviter les accidents et tenter de diminuer leurs effets.

Méthodologie

La recherche s'est portée sur une analyse qualitative transversale. Elle consiste à repérer les pratiques des professionnels lors de l'ouverture de salle.

Les outils retenus pour la réalisation de l'enquête sont des entretiens semi-directifs selon une grille pré établie. Des informations concrètes sur l'ouverture de salle, la sécurité, l'expérience ont été recueillies. La part de subjectivité est également analysée (silences, hésitations, communication non verbale...).

Les entretiens se sont déroulés après l'obtention des autorisations d'enquêtes établies par la direction des soins et les cadres de service de chaque établissement. Les entretiens ont duré entre 10 et 15 minutes et, pour une meilleure analyse, ont été enregistrés.

8 IADE ont été entretenus, soit 4 IADE ayant moins de 5 ans d'exercice et 4 IADE ayant

⁵ Philip F., Bermond H. (décembre 2001, p18- 21), « l'anesthésiovigilance, de l'identification à la gestion des risques », *Oxymag*, n°61.

plus de 5 ans d'exercice. Plusieurs grilles d'analyse ont été réalisées: 1 pour chacune des 6 questions, 1 par thème: l'ouverture de salle, la sécurité et l'expérience, 1 pour le ressenti de chacun des 8 IADE.

Les données du corpus ont été croisées avec les concepts développés précédemment.

La complexité de la relation et les divergences de représentations entre IADE et MAR mises en avant lors des premiers entretiens a conduit à la réalisation d'un complément d'enquête auprès des médecins anesthésistes réanimateur.

2 MAR dont l'expérience est variable ont été rencontrés. Les entretiens semi-directifs ont été conduits selon une grille pré établie. Puis une grille d'analyse a été construite pour chacune des 3 questions.

Résultats

Les résultats obtenus ont confirmé que la FOSO est sécuritaire. La moitié des représentations des IADE concernant la FOSO est celle d'un document administratif qui valide les vérifications. Pourtant, en fonction du niveau d'expertise et de compétences de chacun, ils s'en détachent. L'IADE expert est capable de faire des choix, d'organiser et de prioriser ses actions pour ouvrir la salle opératoire rapidement et efficacement.

Les représentations concernant la charge de travail au moment de l'ouverture de salle, la FOSO, la sécurité sont propres à chacun. Le délai imparti à l'ouverture de salle paraît trop court à la majorité des IADE, c'est-à-dire que leur représentation de la charge de travail liée à l'ouverture de salle est importante.

L'organisation de chaque IADE pour l'ouverture de salle est personnelle. Elle est en lien avec l'expérience et la rigueur dans

les pratiques. Chaque IADE va organiser et prioriser ses vérifications en fonction du temps accordé et en étant toujours centré sur le patient attendu. La technique de vérifications est identique chaque jour, c'est-à-dire que l'organisation acquise pour ouvrir la salle est toujours équivalente.

Les représentations des IADE sur la sécurité sont centrées autour de la symbolique de l'action ainsi que sur le matériel propre à la ventilation. A chaque risque correspond des actions d'anticipations. Chaque risque est anticipé et les accidents sont prévenus par une vérification et une préparation du matériel. Il existe un lien étroit entre la sécurité et l'organisation des soins.

La représentation du risque qui est avancée est celle de la mise en danger de diverses manières. Le terme de « gestion et prévention des risques » n'est pas connu par tous les IADE interrogés. La représentation de la gestion et la prévention de risques qui ressort est la base de notre métier : l'anticipation des risques. Pourtant, il apparaît que peu d'IADE ont déjà réalisé des déclarations d'évènement indésirable.

L'expérience apporte une rapidité, une dextérité et une vision d'ensemble de l'ouverture de la salle opératoire. Plus l'IADE devient expert plus la phase d'intellectualisation s'efface.

De façon générale, les MAR ouvrent rarement la salle opératoire. La perception de l'ouverture de salle et du risque est différente pour Le MAR et l'IADE. Les MAR ne remplissent pas la FOSO et la contresignent peu. De plus, ils savent que les IADE vérifient, préparent le matériel et

réapprovisionnent les salles. L'ouverture de salle est perçue comme rapide et facile à faire, avec une représentation de la charge de travail légère.

Il apparaît clairement que la relation et la communication au sein du binôme MAR-IADE est complexe.

Discussion

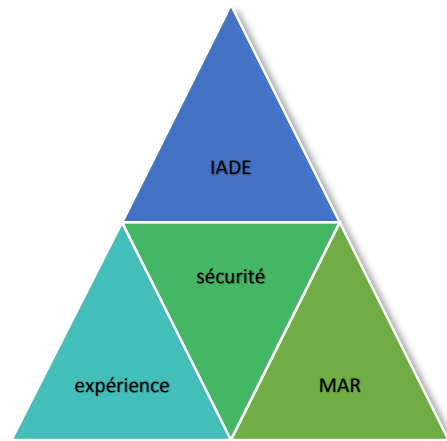
Le rôle de l'IADE dans la gestion des risques est important. Il est reconnu compétent dans l'utilisation, la maintenance et l'entretien du matériel d'anesthésie mais aussi dans celui de la matériovigilance. Ses connaissances lui permettent d'être informé des risques et il doit signaler les événements indésirables. La gestion et la prévention des risques fait partie intégrante du rôle de l'IADE dans sa pratique professionnelle quotidienne.

L'expertise permet aux professionnels d'anticiper et de préparer la salle de façon optimale. La vérification du matériel et l'anticipation des risques sont influencés par l'expérience.

Le positionnement professionnel semble plus facile pour des IADE expérimentés que pour des novices. Ils s'affirment plus facilement et s'opposent à un professionnel ou une situation qui ne correspond pas à leurs attentes. Le vécu, les erreurs et l'expérience font évoluer chaque professionnel car certains événements restent inoubliables.

L'évolution du savoir et des compétences de l'IADE se fait grâce à l'expérience qui est propre à chaque professionnel, en faveur d'une sécurité toujours plus performante. La position centrale de la sécurité est directement liée à l'IADE, au MAR, à

l'expérience de chacun et à la relation établie entre eux deux.



La question de la relation MAR-IADE est intéressante car elle se pose pour chaque prise en charge de patient. La qualité des soins peut-elle être influencée par la communication au sein du binôme d'anesthésie ?

Conclusion

Le thème de la sécurité en anesthésie est au cœur des pratiques soignantes. Il apparaît nettement que l'expérience entraîne une évolution dans l'organisation, l'anticipation, les compétences et le positionnement professionnel. Les représentations personnelles évoluent et se construisent.

La gestion et prévention des risques s'inscrit dans une démarche de qualité des soins, toujours en lien avec des soins de qualité. La culture de la sécurité est d'actualité. Elle est en lien avec la certification des établissements de santé. Elle va de pair avec l'amélioration des pratiques professionnelles, la formation continue et un questionnement régulier sur nos pratiques soignantes.

Mais alors pourquoi si peu d'IADE réalisent des déclarations d'événements indésirables ?

Bibliographie

Ouvrages :

Benner P. (2003), *De novice a expert excellence en soins infirmiers*, Editions Elsevier-Masson.

Le Boterf, G., (2004), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'Organisation.

Salès-Wuillemin, E., (2005) *Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles*. L'Harmattan, p. 180-183.

Articles de revue :

Le Boterf, G. (février 2002), « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins cadres*, n°41.

Philip, F., Bermond, H. (décembre 2001), « L'anesthésiologie, de l'identification à la gestion des risques », *Oxymag*, n°61, p18- 21.

Sites internet:

Benner P., « De Novice à expert (Excellence en soins infirmiers). » [pdf]. <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf> (consulté le 15/12/2014)

Lienhart A., Auroy Y., Péquignot F., Benhamou D., Warsawsky J., Bovet M., Jouglu E., 2006, *Survey of anesthesia-related mortality in France*, *Anesthesiology* 105:1087-97. Consultable sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17122571>. Consulté le 18/12/2014.

Documents SFAR :

Dixneuf B., Balagny E., Chaumette F., et al. 1995 « Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État » consultable sur :
« <http://www.sfar.org/article/7/recommandations-concernant-le-role-de-l-infirmier-anesthesiste-diplome-d-etat-sfar-1995>. Consulté le 28-11-2014.