



ECOLE IADE
PFPS – CHU DE RENNES

L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE DES INFIRMIERS ANESTHÉSISTES

[Focus sur la manœuvre de Sellick](#)

Anne-Sophie LORY / PIERRE
Directeur de mémoire : Luc BAUDELLOT
Date de soutenance : 29 Juin 2023

Promotion 2021-2023



**ECOLE IADE
PFPS – CHU DE RENNES**

L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE DES INFIRMIERS ANESTHÉSISTES

[Focus sur la manœuvre de Sellick](#)

**Anne-Sophie LORY / PIERRE
Directeur de mémoire : Luc BAUDELLOT
Date de soutenance : 29 Juin 2023**

Promotion 2021-2023

REMERCIEMENTS

A mon directeur de mémoire Luc BAUDELLOT, pour sa patience, sa disponibilité et ses nombreux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion ;

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation : Julie, Martine, Bruno et Jean-Paul ;

Aux professionnels et jeunes diplômés pour le temps qu'ils m'ont accordé lors des entretiens et la richesse de nos échanges ;

A tous mes collègues de promotion 2021-2023, sans qui ces deux ans n'auraient pas été les mêmes, notamment pour leur soutien durant cette deuxième année ;

A mes parents pour m'avoir appris la rigueur et la satisfaction du travail bien fait et pour toujours m'avoir inspiré la persévérance, la force et le courage ;

A ma sœur, pour son soutien constant et ses encouragements ;

A mon Phiphi pour sa relecture ;

A ma fille, mon rayon de soleil durant ces 2 ans d'études ;

Merci à vous qui lirez...

“Les représentations sociales façonnent les pratiques professionnelles, et les pratiques professionnelles renforcent les représentations sociales”.

Serge MOSCOVICI

Psychologue Social

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	2
1.1. Situation d'appel.....	3
1.2. Cheminement jusqu'à la problématique	7
2. CADRE CONCEPTUEL	10
2.1. Les représentations sociales	10
2.2. L'identité professionnelle... ..	18
2.3. La pratique professionnelle	23
3. MÉTHODOLOGIE	30
3.1. Type d'étude et choix de l'outil.....	30
3.2. Population d'étude	32
3.3. Lieux et période d'étude.....	33
3.4. Analyse des discours	34
3.5. Limites de la méthode	35
4. ANALYSE DES RÉSULTATS	36
4.1. Statut des professionnels	36
4.2. Représentations professionnelles de la manœuvre de Sellick	38
4.3. Identité professionnelle et mise en application de la manœuvre de Sellick	41
4.4. Évolution de la pratique de la manœuvre de Sellick	44
5. DISCUSSION	51
5.1. Biais et limites de l'analyse.....	51
5.2. Retour sur les hypothèses	53
5.3. Retour sur la question de recherche	57
6. CONCLUSION	59
GLOSSAIRE	61
BIBLIOGRAPHIE	62
TABLE DES MATIÈRES	65
ANNEXES	67

1. INTRODUCTION

En deuxième année de formation pour devenir infirmière anesthésiste, il nous est demandé de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. Ce travail nous sera utile dans le cadre de notre exercice professionnel à venir en nous permettant d'entrer dans un processus de professionnalisation.

En effet, cette entreprise vise à nous insuffler un esprit critique et réflexif, tout en nous familiarisant avec la recherche et sa méthodologie. Par conséquent, cette initiation requiert une perpétuelle remise en question et la formulation d'hypothèses à partir d'une situation professionnelle problématique.

Étant donné que la pratique est inhérente à la profession d'infirmier anesthésiste, j'ai voulu comprendre les facteurs pouvant expliquer les disparités entre la théorie enseignée lors de la formation initiale et la réalité sur le terrain ; ainsi que les éléments qui entrent en jeu dans l'évolution de la pratique. Pour l'illustrer, j'ai choisi la manœuvre de Sellick.

Dans ce cadre, je commencerai par exposer ma situation d'appel et ma question de recherche, ainsi que les hypothèses qui en découlent. J'aborderai ensuite les concepts associés à ma problématique. Les deux sections suivantes traiteront de la méthodologie utilisée et de l'analyse des données. Enfin, je terminerai par une discussion et une conclusion.

1.1. Situation d'appel

Durant les deux années de cursus dédiées à la formation des étudiants infirmiers anesthésistes, une part est consacrée à l'acquisition de connaissances théoriques. Celle-ci se compose de cours magistraux et d'exercices pratiques en simulation sur un mannequin de haute-fidélité. En complément, des stages pratiques permettent de mettre en application les acquis.

Parmi tous les enseignements figure la conduite de l'anesthésie chez les patients « estomac plein ». Ces derniers présentent un risque majoré d'inhalation de leur contenu gastrique au moment de l'induction. Cette complication peut entraîner des conséquences respiratoires et infectieuses, ainsi qu'une morbi-mortalité importantes. Il est alors préconisé d'appliquer une séquence d'induction particulière qui diffère de celle habituellement utilisée. Cette procédure requiert l'administration spécifique de certains agents anesthésiques, l'exclusion des opioïdes ainsi que de la ventilation au masque facial. De plus, il est recommandé d'y associer la pratique de la manœuvre de Sellick.

Lors de l'induction, cette technique consiste à prévenir le syndrome de Mendelson par l'occlusion du segment supérieur de l'œsophage afin de d'éviter l'inhalation du contenu gastrique. Pour ce faire, il est nécessaire d'exercer une pression sur le cartilage cricoïde de manière à écraser l'œsophage contre le rachis cervical sur le corps vertébral de C6. Cette opération augmente la pression du sphincter supérieur de l'œsophage. Ainsi, le risque de régurgitation passive et l'insufflation gastrique en cas de ventilation au masque facial (dans le cas d'une désaturation lors de l'induction) sera diminué.

On peut retrouver ces recommandations sur le site de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) (1) (p.317).

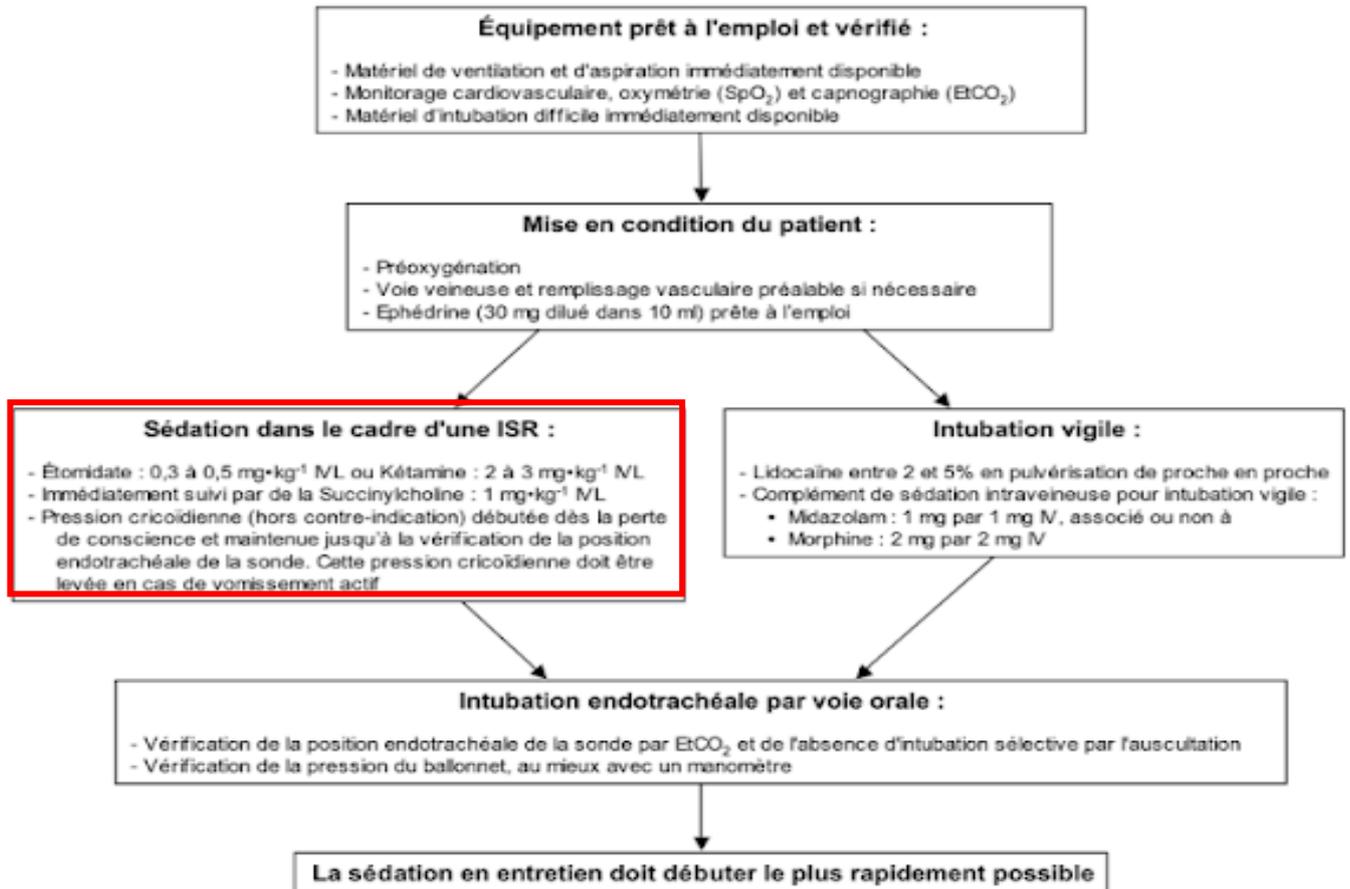


Figure 2 : Algorithme pour l'analgésie et/ou la sédation lors de l'intubation trachéale en urgence chez l'adulte.

Sédation dans le cadre d'une ISR :

- Étomidate : 0,3 à 0,5 mg·kg⁻¹ IV ou Kétamine : 2 à 3 mg·kg⁻¹ IV
- Immédiatement suivi par de la Succinylcholine : 1 mg·kg⁻¹ IV
- Pression cricoïdienne (hors contre-indication) débutée dès la perte de conscience et maintenue jusqu'à la vérification de la position endotrachéale de la sonde. Cette pression cricoïdienne doit être levée en cas de vomissement actif

Recommandations de la SFAR

Du point de vue théorique, un formateur nous a enseigné qu'une force variant de 10 à 30 Newtons, soit environ 1 à 3 kilogrammes, devait être exercée sur le cartilage cricoïde en fonction du niveau de conscience du patient. Néanmoins, nous n'avons pas eu la chance de mettre en pratique cette méthode, que ce soit sur un mannequin ou tout autre support didactique.

A partir de mes connaissances en anatomie et physiologie, cette technique me semblait adaptée pour prévenir l'inhalation, sentiment renforcé par les préconisations de la SFAR. Cependant, lors de mes stages, j'ai observé que cette méthode n'était pas toujours mise en œuvre même dans le cas de patients présentant des critères d'estomac plein. À la suite d'échanges avec mes collègues de promotion afin de connaître leur expérience lors de leurs stages, ils m'ont confirmé l'absence de la mise en application de cette technique malgré les recommandations actuelles.

Ces observations ont suscité le début de mon questionnement pour mon mémoire. Comment une telle discordance entre la théorie enseignée et la pratique sur le terrain était-elle possible ? Deux situations ont renforcé mes interrogations.

Lors d'une simulation

Au cours de ma première année de formation, j'ai eu l'opportunité de participer à une simulation interprofessionnelle avec un de mes collègues de promotion et un interne en anesthésie. Nous avons pris en charge un mannequin « patient », sans antécédents particuliers, pour suspicion d'occlusion sur bride : urgence nécessitant la mise en place d'une induction en séquence rapide (ISR). Nous avons alors appliqué le protocole enseigné en cours. Au cours du débriefing,

le formateur et le médecin anesthésiste qui l'accompagnait durant cette séance nous ont informé que nous avons omis d'effectuer la technique de Sellick. En justification, l'interne considérait que cette technique était inutile. Mon collègue et moi ne l'avions pas envisagée car nous ne l'avions jamais vue appliquée durant nos stages. Cependant, l'application de cette technique était indispensable pour le MAR (Médecin Anesthésiste Réanimateur). Dans ce contexte, il était préférable de la pratiquer de manière imparfaite plutôt que de ne pas l'appliquer du tout.

Lors d'un stage

Au cours d'un stage ultérieur, j'ai pris en soins un patient bénéficiant d'une dilatation de l'œsophage pour une achalasie congénitale. Cette malformation induit la diminution de tonus du sphincter inférieur de l'œsophage. Par conséquent, cette situation (comme les situations d'occlusion) nécessite une induction en séquence rapide en raison d'un risque élevé d'inhalation.

Avant l'induction, l'IADE m'a informée qu'on exercerait certainement une pression cricoïdienne (PC). Je me suis rapprochée du MAR pour valider le protocole d'induction et ce geste. Il m'a alors avisé qu'il ne souhaitait pas le pratiquer.

Après l'induction au Propofol® et à la Celocurine®, le patient a présenté d'importantes fasciculations. En concomitance, nous avons constaté une régurgitation de liquide gastrique. Avec l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE), nous l'avons positionné rapidement en décubitus latéral, aspiré puis intubé. Malgré notre réactivité, le patient n'a pu être réveillé post intervention car sa saturation en oxygène a chuté per opératoire et était insuffisante pour envisager un réveil post procédure.

Au debriefing avec le MAR et l'IADE, ils ont été unanimes sur le fait que, avec le recul, la manœuvre de Sellick aurait été utile pour ce patient.

Dans ce cas-là, pourquoi n'a-t-elle pas été appliquée initialement ? L'IADE aurait-il pu faire valoir auprès du MAR la nécessité d'appliquer cette technique ?

1.2. Cheminement jusqu'à la problématique

A la lumière de ces deux exemples, il m'est apparu qu'il existait un réel écart entre la théorie et la pratique clinique. J'ai également noté que les avis sur l'usage de cette manœuvre peuvent diverger même au sein d'une équipe de soins.

Afin d'approfondir ma réflexion, j'ai cherché à en savoir plus sur la pratique de cette manœuvre auprès des IADE et des MAR lors de mes stages. De nombreux professionnels de santé estiment que cette technique n'est plus pertinente en raison d'un niveau de preuve insuffisant pour en faire une pratique systématique. Lors de mon dernier stage de première année, une MAR m'a affirmé qu'elle ne faisait plus partie des recommandations actuelles. Néanmoins, certains médecins plus expérimentés continuent de l'utiliser.

En parallèle, j'ai entrepris d'examiner la littérature scientifique sur cette technique. Les écrits ont souligné le manque d'essais contrôlés randomisés qui comparent l'incidence de l'inhalation avec et sans pression cricoïdienne, ce qui a entravé l'acceptation universelle de cette manœuvre. Pour des raisons éthiques, de telles études ne peuvent être effectuées. De plus, la manœuvre pourrait nuire au patient et altérer la vision de la glotte lors de la laryngoscopie.

Ces observations initiales ont suscité chez moi le désir de comprendre les facteurs influençant la disparité entre les pratiques d'IADE et la formation initiale malgré les recommandations émises.

En tant qu'IADE et étudiants infirmiers anesthésistes, nous sommes tenus de suivre le protocole établi par le MAR de la salle, protocole incluant la décision d'appliquer ou non la manœuvre de Sellick. Plusieurs facteurs influent sur ce choix, tels que l'expérience antérieure, le niveau de formation continue, l'incertitude quant à l'efficacité de cette technique ainsi que les avantages et les risques que cela peut présenter pour le patient. Ces facteurs sont liés aux croyances individuelles de chaque praticien (leurs opinions), à leur identité professionnelle.

Par ailleurs, les pratiques habituelles du service et des collègues semblent avoir un impact significatif. Les jeunes professionnels et les nouveaux arrivants ont tendance à se conformer aux pratiques les plus fréquentes. Cela facilite leur intégration dans l'équipe. Ce phénomène se rapproche du concept de représentations sociales : croyances, opinions et attitudes partagées par les professionnels de la santé en relation avec leur pratique professionnelle.

Afin de comprendre ces phénomènes, ma question de recherche est la suivante :

De quelle manière les représentations sociales et l'identité professionnelle des infirmiers anesthésistes diplômés d'État peuvent-elles jouer un rôle dans l'évolution et la mise en pratique de la manœuvre de Sellick ?

Les deux hypothèses suivantes ont orienté mon travail de recherche :

- Certaines représentations professionnelles, personnelles ou collégiales, pourraient impacter la mise en application d'une pratique recommandée.
- Une forte identité professionnelle de l'IADE favoriserait la mise en application de la manœuvre de Sellick par sa suggestion au MAR lors du choix de la stratégie d'anesthésie.

Afin de fournir une base théorique solide à ce travail, il est primordial d'établir un cadre conceptuel avec les concepts clés associés à cette question de recherche. Il permettra par la suite d'analyser les données récoltées, et ainsi d'affirmer ou infirmer ces hypothèses.

2. CADRE CONCEPTUEL

2.1. Les représentations sociales

2.1.1. De sociales à professionnelles

Selon le Larousse, le terme représentation (du latin *repraesentatio*), est « l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe » (2) et ceci afin de représenter un phénomène ou une idée.

Ce terme est apparu dans l'Antiquité. Plus tard, un certain nombre de philosophes l'ont utilisé à l'instar de Kant. Pour lui, c'est un « caractère unificateur des modes de connaissance que sont l'intuition et la pensée » (3) (p. 265).

Dans un sens plus large, il s'agit d'une « activité mentale à travers laquelle on représente à l'esprit, au moyen d'une image, un objet ou un événement absent » (4). Leur but est de permettre de comprendre les attitudes et les valeurs collectives à propos d'un sujet ou d'un objet social, ainsi que les processus de construction et de diffusion de ces représentations. Ce sont des constructions mentales partagées par un groupe social qui aident à analyser et interpréter le monde qui les entoure.

Le concept de représentations sociales, quant à lui, est présent dans le domaine de la santé mais également dans de nombreux autres comme ceux de la psychologie, la sociologie et la linguistique. C'est un ensemble de phénomènes individuels et collectifs qui influencent les connaissances et les pratiques.

Ce concept est issu de celui de la représentation collective introduit en 1898 par le sociologue Emile Durkheim. En France, son analyse a été reprise en 1961 par le psychologue social et historien des

sciences Serge Moscovici. Il en a posé les dimensions et élaboré une théorie. Pour lui, il s'agit d'un « système de valeurs, de notion et de pratique relative à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses » (4) (p.183).

Selon Laplantine, elles sont « à la jointure de l'individuel et du social » (5) (p.278). Moscovici confirme en les définissant comme une « forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (6).

Les représentations sociales s'avèrent donc être des phénomènes complexes très présents dans la vie sociale. Elles s'élaborent, se transforment et s'appuient sur les pratiques sociales et professionnelles. Selon Gustave Nicolas Fischer (4), elles donnent lieu à une vision commune des choses qui se manifestent au cours des interactions sociales.

Elles sont constituées de différents éléments qui ont longtemps été appréhendés séparément : attitudes, opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc. Elles permettent notamment au groupe social de comprendre et d'expliquer la réalité, de définir son identité sociale, d'orienter son action en fonction du contexte et de justifier a posteriori ses choix ou attitudes.

Ces notions sont reprises par deux auteurs. Denise Jodelet pense que les représentations sociales constituent « une forme de connaissance concourant à la construction d'une réalité commune » (7), « des modalités de pensée pratiques orientées vers la communication,

la compréhension, et la maîtrise de l'environnement social, matériel, idéal » (8) (p.357). Jean-Claude Abric, quant à lui, définit les représentations sociales par « le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel pour lui attribuer une signification spécifique. Par ailleurs, la représentation de la situation détermine un système d'attente et d'anticipations concernant le comportement de l'autre » (9).

Elles sont une « construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, évènement, catégorie sociale) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales » (3) (p.183)

De ces définitions, cinq paramètres caractérisent une représentation sociale (10) (p.71):

- Représente toujours un objet
- Symbolique et signifiante
- Constructive
- Autonome et créative
- Comporte du social

Ces caractéristiques communes permettent de comprendre qu'il s'agit tout d'abord d'un processus relationnel qui est variable en fonction de la situation, de la personne, ou du groupe. C'est également un processus de remodelage de la réalité qui offre la possibilité de la simplifier. L'élimination du caractère ambigu et pesant permet une présentation schématisée.

Par ailleurs, la caractéristique symbolique et signifiante est d'un « intérêt majeur pour une problématique centrée sur les activités professionnelles et le sens que ces acteurs peuvent lui donner » (10) (p. 71). En effet, « le contenu des représentations se réfère à la

structure imaginaire » (4) des individus et l'interprétation de réalité dépend des désirs, des attentes et des sentiments de ces derniers.

Alain Piasser, maître de conférences en sciences de l'éducation et de la formation, a également mis en avant des spécificités du contenu des représentations sociales (11) (p. 273). Il est descriptif, prescriptif avec des conduites se limitant à un certain répertoire, conditionnel en évoluant avec les différents individus et évaluatifs, car chaque individu doit exercer son métier sans s'en écarter significativement.

Les représentations sociales visent donc à orienter et justifier des conduites, à faciliter la communication, à interpréter la réalité quotidienne et comprendre des phénomènes nouveaux. Elles permettent également de constituer et de préserver une identité psycho-sociale.

Selon Fischer, les représentations sociales permettent de traiter l'information disponible en la concentrant, à partir d'une orientation sélective, et à élaborer les éléments dans une configuration nouvelle. C'est donc un processus dynamique à travers lequel s'opère une reconstruction sociale du réel (4).

Deux mécanismes, mis en lumière par Moscovici, sont nécessaires dans l'intégration et la transfiguration des représentations sociales : l'objectivation et l'ancrage. Il s'agit de "mécanismes mentaux et de phénomènes sociaux marqués par les contextes dans lesquels ils s'expriment" (4)(p.186). Ils permettent une fonction de filtrage car ils intègrent les informations en une vision acceptable et cohérente.

« L'objectivation est un mécanisme par lequel s'opère le passage d'éléments abstraits théoriques à des images concrètes » (4). Il s'agit d'une refonte des connaissances de base afin de comprendre les aspects complexes de la théorie et de la maîtriser. Ce processus

transforme un objet en représentation par intervention du social. « Ce n'est que dans la mesure où l'information émise par l'objet sera simplifiée et reconstruite pour s'inscrire dans la logique interne au groupe que celle-ci deviendra consensuelle, donc communicable et utile au groupe » (10) (p.72).

L'ancrage, quant à lui, est un processus d'interprétation se basant sur un réseau de signification. Il se finalise par une fonction d'intégration et donc d'assimilation de la nouveauté : « Par le processus d'ancrage, la représentation joue un rôle d'organisation de l'environnement social en donnant une base explicative et interprétative, partagée par les membres du groupe » (10) (p.73). C'est donc un processus de rapprochement entre des éléments nouveaux et des éléments déjà connus.

Ces processus démontrent que notre compréhension du quotidien est influencée par notre environnement social et notre appartenance à un groupe. En même temps, cette compréhension contribue à façonner notre environnement social et la structure de la société.

Le système des activités professionnelles est un système social comme tout autre, avec ses propres représentations, pratiques et identités qui sont façonnées par le contexte dans lequel il opère. « Les représentations professionnelles sont [donc] des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelle (interagir et inter réagir) et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles ». (10) (p.80)

2.1.2. Spécificités professionnelles

Selon Grize, « les représentations professionnelles sont fortement contextualisées, celui qui s'exprime le fait à partir de son entreprise, de son travail mais il s'agit plus d'un vécu groupal qu'individuel » (12). Pour lui, elles expriment toujours des insertions dans des groupes. « À l'intérieur d'un même champ professionnel, des groupes sociaux définis par des pratiques et des statuts professionnels différents ont des représentations différentes des objets professionnels » (10) (p. 82). Les représentations dépendent donc du statut professionnel de chaque individu, de son implication et de son engagement au sein du groupe. Elles peuvent alors se modifier selon l'activité ou le changement de statut.

Enfin, les représentations professionnelles garantissent quatre fonctions primordiales mais caractéristiques (10) (p. 94-95) :

- Elles participent à la construction d'un savoir professionnel. Ce dernier permet de comprendre et d'agir sur la réalité. Il constitue la base des communications professionnelles.
- Elles définissent les identités professionnelles et protègent la spécificité des groupes intra et interprofessionnels.
- Elles orientent les conduites et guident les pratiques professionnelles avec une fonction de mobilisation des capacités cognitives et une fonction d'orientation.
- Elles permettent de justifier les prises de position et les pratiques professionnelles.

Pour résumer, « les représentations professionnelles, toujours spécifiques à un contexte professionnel, sont définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisée en un champ structuré présentant une signification global » (10) (p.89). Cette définition peut être illustrée par le schéma suivant :

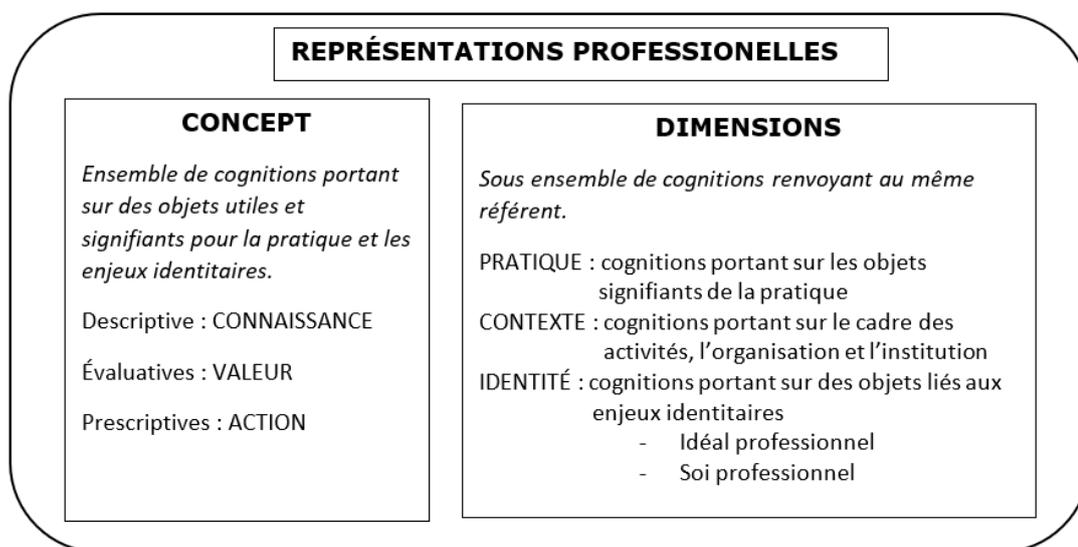


Illustration du concept de représentations professionnelles (10) (p.89)

Finalement, les représentations professionnelles se réfèrent à la manière dont les individus construisent des perceptions et des idées sur leur propre profession, ainsi que sur les professions des autres. Cela inclut les connaissances, les croyances, les attitudes, les valeurs et les comportements qui sont associés à une profession donnée. Elles sont influencées par de nombreux facteurs, tels que l'éducation, l'expérience professionnelle, les interactions sociales et culturelles, les médias, les normes et les valeurs sociétales. Elles peuvent avoir des implications importantes pour les individus et les organisations et influencer les choix de carrière, les relations interprofessionnelles, la

collaboration, la qualité des soins, la satisfaction au travail, la performance et la formation continue.

Il est donc important de comprendre les représentations professionnelles et les facteurs qui les influencent, afin de promouvoir des pratiques professionnelles efficaces, la collaboration interprofessionnelle et l'amélioration continue de la qualité des soins. Leur analyse peut nous montrer comment ces représentations influencent les pratiques professionnelles, en examinant par exemple comment les professionnels prennent des décisions, résolvent des problèmes ou interagissent avec leurs collègues. Elle peut également aider à mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent les comportements professionnels, ainsi que les dynamiques sociales qui influencent les pratiques et les normes au sein d'une profession donnée.

Il existe plusieurs approches pour étudier les représentations professionnelles : les enquêtes, les études de cas, les analyses de discours, les groupes de discussion et enfin les études longitudinales qui suivent l'évolution des représentations professionnelles dans le temps, en examinant comment les représentations changent en fonction des contextes sociaux, des évolutions technologiques ou des changements politiques.

En somme, les méthodes pour étudier les représentations professionnelles sont variées et doivent être adaptées à l'objectif de recherche et au contexte spécifique étudié.

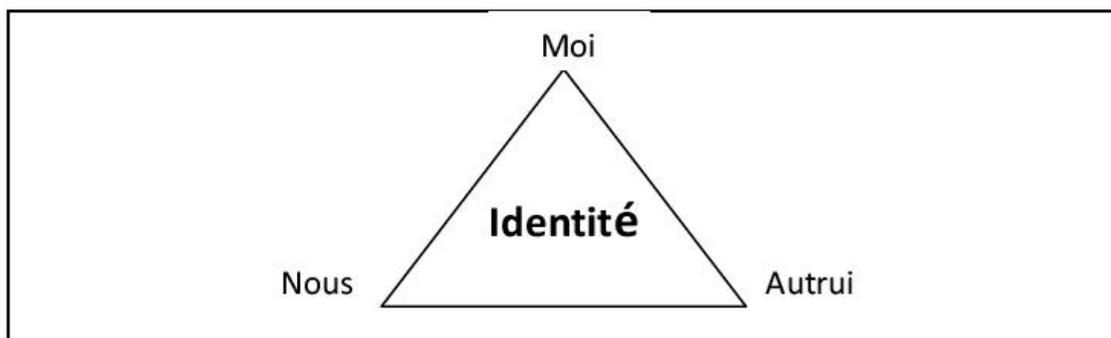
2.2. L'identité professionnelle...

Les représentations sociales et l'identité professionnelle sont deux concepts étroitement liés dans le domaine de la psychologie sociale. Les représentations sociales influencent la manière dont nous percevons et comprenons notre environnement social, y compris notre travail et notre carrière. Par conséquent, nos représentations sociales peuvent avoir un impact significatif sur notre identité professionnelle, qui est la façon dont nous nous percevons en tant que travailleurs et comment nous nous présentons aux autres dans ce contexte.

Ainsi, il est important d'explorer la relation entre ces deux concepts pour comprendre comment les individus construisent leur identité professionnelle en fonction de leur environnement social.

2.2.1. Un processus conjoint entre soi et autrui

Selon Dubar, l'identité se construit autour de 3 dimensions : le moi, le nous et les autres, représentés dans le schéma ci-dessous (13).



« L'identité est issue d'un processus de construction et est le fruit d'interactions »(14) (p.75).

Il existe donc une dualité entre :

- L'identité intrinsèque : « ce que je veux être », « mes valeurs personnelles »
- L'identité extrinsèque : « comment autrui me perçoit », « comment je souhaite être perçu » et « mes valeurs professionnelles »

Pour Gohier, « l'identité professionnelle est avant tout une composante de l'identité globale de la personne, et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale » (15). Elle peut alors être définie comme l'ensemble des caractéristiques qui définissent une personne, telles que ses valeurs, ses compétences, ses connaissances et ses comportements dans un contexte professionnel. Elle se forme à travers l'expérience, les interactions avec les collègues, les patients et les encadrants, ainsi que les formations et les apprentissages.

Pour résumer, l'identité professionnelle renvoie au monde vécu du travail et sa signification, aux relations interprofessionnelles avec le sentiment d'appartenance à un groupe et aux trajectoires professionnelles.

L'identité professionnelle représente également la manière dont les différents groupes de travailleurs s'identifient vis-à-vis de leurs pairs (14) (p. 76). Selon Sainsaulieu, elle est fondée sur des représentations collectives distinctes, et est le résultat d'une identification à l'autre, en fonction de l'investissement de soi dans les relations sociales (16). Ainsi, le concept d'identité est caractérisé à la fois par « une définition de « soi par soi », et de « soi par les autres ». C'est une synthèse entre une transaction interne à l'individu et une transaction externe entre les individus et les organisations avec

lesquels ils entrent en interaction » (14) (p.76). Dubar valide cette définition en soulignant que « la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image » (13).

Enfin, l'identité professionnelle passe par une identification à son métier (17). Il est important pour l'individu d'être intégré socialement pour se sentir reconnu. Il existe donc un sentiment d'appartenance à sa profession qui passe par l'usage de pratiques, de vocabulaires ou de gestes communs.

2.2.2. Une construction par le travail...

Une étude menée en 2006 a mis en lumière la part importante du travail dans la définition du soi (18) (p.26). Selon Hugues, : « le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans son unique existence » (19) (p.76). Le métier serait alors le reflet de la personnalité de la personne. Il lui permettrait d'assouvir son besoin de reconnaissance par la société, par autrui dans l'appartenance à un groupe, et enfin par soi-même.

Pour Albert, la construction identitaire professionnelle passe par le métier, l'appartenance à un groupe et à une entreprise (20). L'individu, par son métier, s'approprie des gestes, des stratégies et des logiques d'action. Il construit donc son identité professionnelle « tout au long de son apprentissage du métier et de son perfectionnement » (14).

L'évolution au sein d'un groupe, une équipe par exemple, incite donc l'individu à une pratique de mimétisme, de comparaison ou de

différenciation en partant d'une référence au sein de ce groupe. Les actions, les valeurs, les normes, les comportements et des croyances sont à prendre en compte dans la construction identitaire professionnelle.

2.2.3. ... En constante évolution

La genèse identitaire représente un processus perpétuellement évolutif, dynamique et interactif. En effet, l'élaboration de l'identité professionnelle se poursuit sans relâche tout au long de l'existence professionnelle et est sujette à des changements et des mutations dus à l'environnement de l'entreprise et à l'individu lui-même. En conséquence, il est impossible de considérer l'identité professionnelle comme une entité inaltérable, car elle est continuellement remise à jour par l'interaction de facteurs et d'individus. L'identité s'ajuste en fonction des expériences et des contextes de chacun. Dans sa définition, Claude Dubar valide cette idée en soulignant que le processus de construction est permanent dans le temps ce qui rend l'identité à la fois stable et provisoire (13). « L'identité professionnelle est à entendre comme une dynamique, un processus contextualisé dans l'interaction et non comme une forme stable et univoque » (10) (p.187). Quatre éléments ont été identifiés dans la construction de l'identité professionnelle d'un individu : son passé avant de commencer à travailler, « son métier, son entreprise et les groupes sociaux auxquels il appartient » (14).

Ainsi donc, l'identité professionnelle est la résultante de l'instruction reçue, des expériences vécues, des décisions prises, des coutumes adoptées, ainsi que des rencontres effectuées. Par conséquent, elle ne peut être considérée comme une caractéristique

innée de l'individu, mais plutôt comme une entité en constante élaboration et évolution au fil du temps. De plus, le processus de construction identitaire est en partie individuel, mais il possède également une dimension collective.

2.2.4. Représentations et identité

L'identité professionnel fait partie d'un processus dynamique. L'individu mobilise l'une ou l'autre de ses identités, en fonction de la situation d'interaction dans laquelle il se trouve ou de la représentation qu'il a de cette situation. Selon Dubar (13), les représentations mettent en jeu divers savoirs et constituent de bons indicateurs des identités professionnelles. En définitif, « l'identité professionnelle serait un réseau d'éléments particuliers des représentations professionnelles, réseau spécifiquement activé en fonction de la situation d'interaction et pour répondre à une visée d'identification/différenciation avec des groupes sociétaux ou professionnels » (10) (p.187).

La conceptualisation de l'identité professionnelle fait référence à la façon dont les individus se perçoivent, se représentent en terme de rôle et de place dans leur travail, ainsi que la façon dont ils sont perçus par les autres dans leur profession. Elle peut inclure des éléments tels que les valeurs, les croyances, les comportements, les compétences et les expériences qui sont associés à un domaine d'activité professionnelle spécifique. De plus, elle peut avoir une influence sur la motivation, la satisfaction au travail et la performance des individus : les personnes qui ont une forte identité professionnelle sont souvent plus engagées dans leur travail et plus résilientes face aux défis professionnels.

En résumé, l'identité professionnelle est un concept complexe qui englobe de nombreuses dimensions et qui peut avoir des impacts significatifs sur les individus et les organisations. Sa compréhension est donc essentielle pour une analyse approfondie de la nature et de la dynamique des professions et de leurs rôles dans la société. Son étude peut se faire par différentes approches : sociologique, psychologique et enfin anthropologique, pour comprendre comment l'identité professionnelle est construite et maintenue à travers les générations, ainsi que son rôle dans la construction de l'identité collective d'une société donnée. En fonction de l'approche choisie, différentes méthodes de collecte et d'analyse des données peuvent être utilisées mais toujours en tenant compte des contextes spécifiques dans lesquels l'identité professionnelle est étudiée.

2.3. La pratique professionnelle

La construction de notre identité professionnelle est un processus complexe qui implique une réflexion sur nos valeurs, nos compétences et notre place dans la société en tant que professionnel. Cependant, pour que notre identité professionnelle soit pertinente, il est important de la mettre en pratique dans notre vie professionnelle. En effet, la pratique professionnelle est la manière dont nous appliquons nos compétences et notre savoir-faire dans notre travail quotidien. Elle est donc étroitement liée à notre identité et joue un rôle essentiel dans notre épanouissement professionnel.

2.3.1. Au départ, des actions

Selon le Larousse, le terme « Pratiques » (du Latin *practicus* et du grec *praktikos*), « s'intéresse ou est relatif à l'application d'une discipline, d'une connaissance, ou qui vise directement à l'action concrète, par opposition à théorique » (2). Il y a donc une dimension d'action qui, avec la notion d'habitude, entraîne une certaine efficacité.

D'une manière générale, « la pratique est tout ce qui concerne l'action humaine, c'est-à-dire la transformation intentionnelle de la réalité par les hommes » (10) (p.136). Barbier affirme que la pratique est un processus de transformation d'une réalité en une autre réalité requérant l'intervention d'un opérateur humain. L'intervention d'un individu est donc nécessaire à toute action, et toute action a un but. « L'action implique alors une préparation : sélection d'un objectif, analyse de la situation, anticipation et planification ; une prise de décision : un choix parmi des possibles ; une réalisation : se traduisant par des processus physiques ; et un contrôle des résultats » (10) (p. 139). Richard reprend cette définition en définissant l'action comme « une modification du cours naturel des choses, réalisée par un agent en vue d'un but » (21).

L'action se déroule donc entre un individu et son environnement qui peut être social, culturel ou encore professionnel. Selon Jodelet et Moscovici, « les pratiques sont des systèmes d'action socialement structurés et institués en relation avec des rôles » (22) (p.287). Le sujet qui agit prend des décisions en vue d'atteindre des objectifs tout en ayant la possibilité de s'appuyer sur diverses possibilités qui lui sont offertes par le contexte social dans lequel il évolue. « L'action contribue [alors] à articuler les représentations du contexte avec les

représentations de soi participant ainsi à la construction identitaire » (10) (p.142).

2.3.2. De l'action à la pratique

La pratique est à différencier de l'action ou de l'activité. En effet, contrairement aux deux précédentes, il y a une idée de récurrence dans la pratique. La notion de répétition serait donc liée à celle de « pratique ». Jean-Marie Barbier (25) (p. 16), affirme cette idée en justifiant que la pratique est un processus de transformation qui prend du temps et qui nécessite cette répétition. « La conformité des pratiques et leur constance à travers le temps seraient explicables par le principe d'habitus » (23) (p. 222). Elles sont alors facilement observables car elles sont récurrentes, jugées efficaces par les professionnels et institutionnalisées par ces derniers au cours de leur expérience.

Comme nous le rappelle Marie-Pierre Trinquier, docteur en sciences de l'éducation: le terme « pratiques » désigne également le fait de « vise[r] des résultats concrets, positifs, de suivre une règle d'action ou d'observer une prescription, sans que, cependant, soient le plus souvent liés à celui d'expérience, de familiarité, de manière habituelle d'agir » (23) (p. 221). Gérard Malglaive, ancien directeur de centre de formation de formateurs, établit également cette différenciation dans un de ses ouvrages : « l'action n'entraîne pas nécessairement le succès: elle peut aussi conduire à l'échec » (24) (p.77). En revanche, « la pratique est ordonnée au succès, même s'il lui arrive de connaître l'échec. [Elle se base donc sur] des phénomènes de routines et de répétitions à l'identique de ce qui a « marché » » (24) (p.74).

2.3.3. Pratiques d'action et de communication

Les pratiques professionnelles ont une part importante d'actes et de gestes caractérisés par la situation où elles interviennent : « la part d'autonomie du professionnel dans la situation caractérisant le niveau de contrainte de ses pratiques ; la présence dans la situation d'éléments fortement reliés à des affects ou à une culture partagée dans un groupe » (10) (p. 146). Trois types de pratiques sont ainsi déterminées :

- les pratiques signifiantes, « ensemble de conduites régulières, sans contradictions avec les normes, réalisées avec l'accord du groupe et qui correspondent aux croyances partagées » (26) ;
- les pratiques non contraignantes, situation « dans laquelle l'acteur est confronté à un ensemble de choix possibles, sans que ces choix apparaissent incontournables » (26) ;
- et les pratiques contraignantes, prescrites, dominées par le pouvoir et le contrôle institutionnel.

Outre la dimension d'action inhérente aux pratiques professionnelles, ces dernières présentent un volet communicationnel distinct. Selon Habermas, il s'agit de « l'interaction d'au moins deux sujets capables de parler et d'agir qui engagent une relation interprofessionnelle » (27). Les parties prenantes aspirent à parvenir à un consensus concernant une situation d'action donnée, dans le but de synchroniser leurs plans et de coordonner leurs efforts.

2.3.4. Des pratiques à l'adaptation

Christina de Robertis, auteur d'un chapitre sur la pratique professionnelle (28), témoigne que celle-ci repose sur l'application d'un savoir-faire méthodologique et technique. Cette pratique est caractérisée par la singularité de chaque situation, qui est unique et spécifique ; son instabilité, qui signifie qu'elle est en constante évolution et en mouvement ; son degré inévitable d'incertitude, car il est impossible de tout saisir, de tout comprendre et de tout prévoir ; ainsi que les conflits éthiques et de valeurs qui sont inhérents à toute intervention relationnelle sur l'humain.

Ce n'est « pas la simple application des connaissances d'une ou plusieurs sciences, elle est une action consciente, intentionnelle, orientée, organisée et potentiellement efficace. Elle vise la transformation d'une situation dans un contexte particulier caractérisé par sa complexité et sa mouvance. Cette action exige donc une créativité, car rien ne peut être prévu complètement à l'avance, ni traité selon une typologie déjà codifiée » (28) (p.143).

Finalement, « la pratique n'est pas définie uniquement par rapport aux intentions, aux finalités mais elle prend sens par rapport au contexte qui, à ce moment-là, la modifie la perturbe et lui fait prendre au besoin des directions inattendues » (10) (p. 142). La pratique fait donc partie intégrante du positionnement professionnel. Il s'agit de la façon dont le praticien oriente son action en fonction des objectifs professionnels, des valeurs et des principes éthiques.

De nos jours, la multiplication des exigences de qualité et d'évaluation des pratiques, notamment dans le domaine de la santé, a conduit à de nombreuses initiatives visant à définir des « bonnes pratiques » de manière très précise. Ainsi, une pratique qui s'appuie

sur les principes et les valeurs de la profession, qui est centrée sur la personne et vise à lui offrir le meilleur service possible, est essentielle.

2.3.5. Représentations et pratique

L'existence d'une relation entre les pratiques et les représentations professionnelles est à analyser en tenant compte des spécificités de la situation étudiée. Dans les pratiques signifiantes, où « les croyances sont ancrées dans la culture professionnelle, les représentations professionnelles sont déterminantes dans l'orientation de la pratique » (10) (p. 146). Lorsqu'il s'agit de pratiques non contraignantes, ces dernières sont « influencées par les principaux éléments constitutifs des représentations professionnelles : du soi professionnel, des collègues, de la tâche, du contexte » (10) (p.146). Plus la situation est complexe, plus l'influence des représentations sera importante. Selon Abric, « pour qu'une pratique sociale, même imposée, se maintienne, encore faut-il qu'elle puisse, à terme, être appropriée, c'est-à-dire intégrée dans le système de valeurs, de croyances, et de normes, soit en s'y adaptant, soit en le transformant » (26). Finalement, « les relations entre les représentations et les pratiques professionnelles sont dépendantes de la force des systèmes d'emprises s'exerçant sur la situation » (10) (p.165).

Dans la pratique communicationnelle, où la recherche d'un consensus est un enjeu majeur, il semble que le rôle de celui-ci soit de « permettre aux mentalités d'évoluer, de transformer sans les briser normes et liens sociaux » (29). Il est donc facile de comprendre qu'il est indispensable que « les représentations de chacun soient identiques pour obtenir un consensus afin de fédérer l'équipe autour des objectifs de qualité de prise en charge » (3) (p. 266).

En somme, le concept de pratique professionnelle se réfère à la capacité d'un professionnel à utiliser ses connaissances théoriques pour résoudre des problèmes concrets dans son domaine de travail. Cela implique de comprendre les concepts fondamentaux de son métier, ainsi que les méthodes et les techniques pratiques nécessaires pour appliquer ces concepts dans des situations réelles.

Elle est essentielle pour les professionnels qui cherchent à améliorer leur performance dans leur travail, ainsi que pour ceux qui cherchent à se développer professionnellement. Il sera alors important de combiner l'apprentissage théorique avec des expériences pratiques pour apprendre à résoudre des problèmes concrets dans son domaine de travail.

En outre, la pratique professionnelle implique la capacité de comprendre les contextes sociaux, culturels et organisationnels dans lesquels les professionnels travaillent. Ils doivent être capables de comprendre les dynamiques de leur environnement de travail, y compris les structures de pouvoir et les normes culturelles afin de mieux comprendre les défis auxquels ils sont confrontés et d'élaborer des solutions efficaces.

Pour conclure, la pratique est un élément clé de la réussite professionnelle dans de nombreux domaines. Il est important de continuer à apprendre et à développer cette compétence tout au long de sa carrière afin de pouvoir s'adapter aux changements dans le monde professionnel. Il sera alors important de l'analyser régulièrement. Cela nécessitera une compréhension claire des éléments clés, des contextes sociaux, culturels et organisationnels, des facteurs qui influencent la pratique, des enjeux éthiques et des responsabilités professionnelles. Cette analyse pourra aider les professionnels à améliorer leur pratique et à s'adapter aux changements dans leur environnement professionnel.

3. MÉTHODOLOGIE

Dans la continuité du cadre conceptuel qui a permis d'établir les fondements théoriques de l'étude, il est maintenant primordial d'exposer la méthodologie de recherche qui a été adoptée. Cette étape cruciale vise à définir les approches et les outils méthodologiques qui ont été mis en œuvre afin d'explorer et d'analyser de manière rigoureuse les différents aspects du sujet de recherche. Ainsi, en alignant la méthodologie au cadre conceptuel, il a été possible d'obtenir des données pertinentes, garantissant les résultats et la validité de la conclusion.

3.1. Type d'étude et choix de l'outil

Pour rappel, ma question de recherche est :

De quelle manière les représentations sociales et l'identité professionnelle des infirmiers anesthésistes diplômés d'État peuvent-elles jouer un rôle dans l'évolution et la mise en pratique de la manœuvre de Sellick ?

Dans cette étude qualitative et multicentrique, l'expertise, le ressenti, la vision et l'expérience des professionnels concernés ont été des paramètres indispensables à prendre en compte. Afin de recueillir des données pertinentes en lien avec les hypothèses de recherche, l'utilisation d'entretien semi-directif se présentait alors comme la méthode la plus adaptée.

Selon G. Imbert, l'entretien semi-directif, également appelé entretien centrée (30) (p.24), est une « technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant

des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes » (31) (p.24). Ils permettent de poser des questions ouvertes et de laisser la personne interviewée s'exprimer librement tout en ayant un cadre préétabli pour guider la discussion. Ainsi, la personne interrogée donne des réponses spontanées sans être influencé par les réponses proposées dans une liste de questions fermées, comme cela peut être le cas dans les entretiens directifs. Les participants ont donc la liberté de s'exprimer et de décrire leurs expériences de manière détaillée et personnalisée. Le recueil des données se fait en profondeur, sur les perceptions, les attitudes et les expériences des interviewés. Ces derniers sont invités à donner des exemples et à expliquer leur point de vue en détail, ce qui peut fournir des informations riches et nuancées. Enfin, la collecte des données en temps réels permet de comprendre une logique d'action tout en observant les comportements et les attitudes des personnes interrogées. Il est également possible d'adapter les questions en fonction des réponses de l'interviewé et ainsi approfondir certaines réponses intéressantes ou poser des questions supplémentaires pour clarifier des points particuliers.

Pour mener les entretiens, l'élaboration d'une grille (Annexe I) était nécessaire. Elle s'est faite en regard des concepts étudiés et des hypothèses annoncées. Divers objectifs étaient visés : le premier permettait d'identifier le statut ainsi que l'expérience des professionnels interrogés dans le but de déterminer si cela exerce une influence sur leurs perspectives et leurs pratiques. Les objectifs deux et trois de cette étude visaient à identifier les représentations professionnelles individuelles de chaque participant concernant la manœuvre de Sellick et à évaluer l'impact de leur identité professionnelle au sein de la relation MAR / IADE dans la mise en pratique de la manœuvre de Sellick. Enfin, le dernier objectif consistait

à identifier les raisons de l'évolution de la pratique de la manœuvre de Sellick.

3.2. Population d'étude

Afin d'obtenir une vue d'ensemble la plus complète possible, les entretiens ont été menés auprès d'un éventail de professionnels médicaux et paramédicaux ayant des caractéristiques différentes. Plusieurs facteurs ont été pris en considération pour la sélection des personnes interviewées :

- Le sexe, l'âge et une durée d'exercice variable : il apparaissait judicieux d'examiner la problématique de recherche en confrontant les perspectives des professionnels débutants à celles des plus expérimentés tout en ayant une parité homme/femme.
- Le métier : la majorité des professionnels interrogés est constituée par des infirmiers anesthésistes afin de permettre une projection professionnelle. Néanmoins, le choix du protocole anesthésique, y compris l'application de la manœuvre de Sellick, est validé par un médecin anesthésiste-réanimateur. Par conséquent, il était intéressant d'obtenir la perspective d'un professionnel médical amené à appliquer la pression cricoïdienne.
- Le lieu d'exercice : il était intéressant d'étudier le ressenti des professionnels dans deux structures de santé différentes afin de savoir si l'appartenance à tel ou tel groupe avait un impact.

- Le service d'exercice : Tous les professionnels sont amenés à prendre en soins des patients de digestifs (en urgence ou de façon programmée), où la notion d' « estomac plein » revêt une importance prépondérante.

L'ensemble de ces critères a permis d'obtenir un corpus diversifié dans le but de balayer une grande partie de la population des professionnels paramédicaux.

3.3. Lieux et période d'étude

En préparation des entretiens, une requête préalable a été soumise aux dirigeants de chaque service concerné. Pour le Centre Hospitalier Universitaire, cette requête a été approuvée le 24 Mars 2023 par la Directrice des Soins et la Cadre Supérieure de Santé du Pôle d'Anesthésie et de Réanimation. Concernant l'établissement privée, un consentement verbal a été obtenu de la part de la cadre du bloc opératoire lors d'une conversation téléphonique.

Les entretiens ont été menés du 28 Mars au 12 Avril 2023. Un premier échange par voie électronique ou téléphonique a eu lieu avec chaque professionnel afin d'annoncer les motifs et l'objet de mon travail, la durée approximative des entretiens, de l'ordre de 15 à 20 minutes, et la garantie de la confidentialité des réponses.

La plupart d'entre eux ont été conduits via des visioconférences depuis le domicile des IADE, durant leurs temps de repos. Une des entrevues a été réalisée à l'intérieur des locaux du Plateau de Formation des Professionnels de Santé (PFPS) et une autre s'est

déroulée par téléphone suite au refus de la visioconférence. Quant à l'entretien avec le Médecin Anesthésiste Réanimateur, il s'est déroulé durant ses heures de travail, dans une des Salles de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) du CHU.

Tous les entretiens se sont déroulés dans un lieu calme, propice aux échanges, sans interruption possible. Après avoir obtenu l'accord préalable des professionnels, ils ont été enregistrés dans le but de s'affranchir de toute prise de note, de se concentrer sur les réponses de la personne interrogée et de faciliter leur analyse ultérieure.

3.4. Analyse des discours

Avant de procéder à l'analyse, il a été décidé d'utiliser une méthode de retranscription de type sociologique, consistant en une reproduction fidèle du langage de l'individu interrogé. Cette approche est fréquemment employée dans les entretiens en sciences sociales et prend en compte les expressions non verbales, les attitudes ainsi que les silences qui sont signalés entre parenthèses. Par ailleurs, le respect de l'anonymat des professionnels et des lieux concernés a été scrupuleusement observé (Annexes II à VIII).

Par la suite, une analyse thématique a été effectuée afin de rechercher une cohérence inter-entretiens. Cette méthode est appropriée pour « la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations » (32) (p.96). L'identification des thèmes et la construction de la grille d'analyse (Annexe IX) ont été réalisées en prenant en compte à la fois la lecture des entretiens et les hypothèses de la question de recherche. La grille d'analyse, outil explicatif visant à produire des résultats, a été structurée en thèmes principaux et en

thèmes secondaires pour permettre une séparation des éléments factuels. Une fois les thèmes identifiés, les verbatims correspondants ont été classés dans les rubriques correspondantes. Ceci a permis une analyse et une interprétation des résultats, ainsi que la création d'un arbre thématique (Annexe X).

3.5. Limites de la méthode

Les entretiens semi-directifs font partie d'une méthode de recherche qualitative qui implique une interaction directe entre le chercheur et les participants. Bien que cette méthode ait ses avantages, elle présente également des limites qu'il est important de prendre en compte.

Tout d'abord, les résultats de l'entretien semi-directif ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population étudiée en raison de la taille limitée de l'échantillon.

Ensuite, la fiabilité des résultats dépend de la capacité de l'intervieweur à poser des questions judicieuses et des participants à répondre de manière sincère.

Par ailleurs, les entretiens semi-directifs nécessitent un investissement important en temps pour organiser les entrevues, les transcrire et les analyser. Ceci peut constituer une contrainte lorsqu'il y a une limite temporelle à la restitution de l'étude.

Enfin, l'analyse des données peut être subjective et dépendre de l'interprétation de l'intervieweur.

4. ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1. Statut des professionnels

4.1.1. Expérience

Au total, sept professionnels ont été interrogés :

- Six IADE (quatre femmes et deux hommes), de 33 à 50 ans, avec une expérience professionnelle allant de quelques mois à 21 ans.
- Un MAR homme, 55 ans, avec une trentaine d'année d'exercice à son actif et référent intubation difficile.

4.1.2. Lieu d'exercice

Toutes les professionnels de santé travaillent sur le Bassin rennais : trois IADE exercent en Clinique, les quatre autres personnes interrogées pratiquent sur le CHU. L'ensemble des professionnels évolue dans des blocs opératoires de digestif et est amené à prendre en soins des patients en urgence.

4.1.3. Résumé

L'ensemble des données caractéristiques est repris dans le tableau ci-après.

Entretien	Jour/ heure	Contexte	Sexe	Age	Profession	Diplôme	Lieu d'exercice	Temps (Minutes)
N°1	28 Mars 2023 15h45	Visio	F	35	IADE 1	2022	CHU	13min 58s
N°2	30 Mars 2023 9h15	Visio	F	35	IADE 2	2016	Clinique	18min 14s
N°3	31 Mars 2023 13h	En SSPI	H	55	MAR 1	1990	CHU	9min 4s
N°4	31 Mars 2023 17h	Visio	H	50	IADE 3	2002	Clinique	16min 51s
N°5	10 Avril 2023 11h	Visio	F	40	IADE 4	2010	CHU	19min 16s
N°6	11 Avril 2023 16h30	PFPS	H	37	IADE 5	2019	CHU	13min 37s
N°7	12 Avril 2023 20h15	Téléphone	F	33	IADE 6	2019	Clinique	12min 24s

Récapitulatif des données caractéristiques des professionnels interrogés

4.2. Représentations professionnelles de la manœuvre de Sellick

4.2.1. Pratique réservée à certains professionnels

Cinq professionnels abordent l'expérience dans les représentations de la mise en pratique de la manœuvre de Sellick. Trois d'entre eux pensent que c'est une technique réservée aux plus anciens, à l'instar de l'IADE 1 : « *C'est des anciens anesthésistes qui pratiquent ça* » L (Ligne) 35 ; « *Après pour moi c'est les anciens qui la pratiquent et encore...* » L 90. Les IADE 4 et 6 partagent cette vision : « *Des médecins peut-être qu'ont un peu plus de bouteille, un peu plus d'expérience* » E (entretien) n°5 - L 144 ; « *Parce qu'on a tendance à dire que c'est les jeunes médecins qui la font plus du tout, qui apportent les nouveautés* » E n°7 - L 43/44.

L'IADE 2 et l'IADE 5, quant à eux, ne considèrent pas que l'expérience joue un rôle dans la mise en pratique de la manœuvre de Sellick : « *Pas forcément des anciens, des jeunes aussi* » L 55/56

Le MAR et l'IADE 3, qui ont le plus d'expérience, n'abordent pas ce sujet.

4.2.2. Restriction des critères d'application

Au cours des entretiens, l'ensemble des professionnels ont évoqué le maintien de la pression cricoïdienne dans des situations très particulières. Pour l'IADE 3, « *les indications ont été réduites* » L115/116. Elle n'est plus appliquée systématiquement lors des inductions en séquence rapide, comme l'affirme l'IADE 4 : « *Aujourd'hui c'est vrai qu'on l'applique vraiment au cas par cas* » L42,

« je pense qu'elle peut quand même être utile dans certains cas »
L65/66.

Comme ce dernier, les IADE 5 et 6 font la distinction entre un patient *« estomac plein « de base » »* E n° 5 - L120, et un *« « vrai » estomac plein »* E n° 6 – L57/58.

4.2.3. Geste « rassurant »

Les quatre IADE qui ont mis en œuvre ou observé l'utilisation de la manœuvre de Sellick sont d'avis que celle-ci peut renforcer la confiance du praticien, comme le témoigne leurs propos : *« c'est rassurant pour le praticien de se dire qu'il l'a fait »* E n° 2 - L117/118. L'IADE 3 est *« sécurisé mentalement »* L53/54 tout comme l'IADE 5 : *« Ça rassure en se disant que le contenu de l'œsophage va être potentiellement maîtrisé dans cette séquence d'intubation »* L60/61.

Néanmoins, l'IADE 2 et 4 se rejoignent sur le fait que cette technique est réservée aux professionnels qui ont besoin d'être rassurés car ils *« ont connu des catastrophes, soit des stressés, des jeunes stressées »* E n°2 - L 121/122.

4.2.4. Absence de critères d'efficacité ou de fiabilité

L'ensemble des praticiens de santé interrogés expriment des réserves quant à l'efficacité et la fiabilité de la technique de pression cricoïdienne. Ils soulignent le déficit de données scientifiques à l'appui de cette méthode, affirmant qu'aucune preuve concluante n'a établi

son efficacité : « *rien n'a prouvé que c'était efficient cette manœuvre* »
E n° 3 - L 27/28.

4.2.5. Décriée / controversée

L'absence de facteurs de fiabilité et d'efficacité alimente, entre autre, les controverses autour de cette manœuvre comme l'affirme l'IADE 5 : « *Elle est un peu soumise à controverse* » E n°6 - L26/27. Elle fait partie des cinq professionnels qui partagent la représentation d' « *une manœuvre qui en plus, peut être décriée* » E n°5 – L 30.

4.2.6. Amenée à disparaître

Hormis l'infirmière anesthésiste 2 qui n'aborde pas ce sujet, l'ensemble des professionnels de santé partage la vision d'une technique qui va avoir « *tendance à disparaître progressivement* » E n°4 – L18/19. En effet, elle est déjà « *de moins en moins pratiquée* » E n°5 – L33/34 et « *on en va arriver à ne plus du tout la faire* » E n°1 - L59 .

Pour le médecin, qui rejoint l'opinion de ses collègues paramédicaux, « *la tendance est de l'abandonner* » L 10, « *dans les 5 ou 10 ans qui viennent* » L98.

4.3. Identité professionnelle et mise en application de la manœuvre de Sellick

4.3.1. Construction de l'identité par la pratique et les habitudes

Lors du questionnement des professionnels sur leur façon de proposer la mise en œuvre d'une pression cricoïdienne lors d'une induction en séquence rapide, cinq des 6 IADE interrogés affirment ne pas la proposer : « *J'avoue que, non, je ne la propose pas* » E n°6 - L87/88.

Les plus jeunes d'entre eux ne la prennent même pas en considération dans l'algorithme de la Crush induction comme en témoignent les propos suivants : « *ça ne me vient même pas à l'idée* » ; « *ça vient jamais dans ma tête* » E n°1 -L45/46 ; « *D'instinct j'y aurais peut-être même pas pensé effectivement* » E n°2- L125.

Cela pourrait être dû à un manque de pratique personnelle comme l'affirme les IADE 1 et 4 : « *ce n'est même pas qu'on veut pas, je pense qu'on sait pas* » E n°1 - L127/128 ; « *les nouvelles générations qui ne sont pas habituées à la faire, ne la reproduise pas*» E n°1 - L56/57 ; « *le fait que les nouveaux médecins non plus ne la pratiquent pas, bah, les gens avec qui ils tournent, en tout cas les IADE avec qui ils tournent, vont perdre l'habitude de la pratiquer* » E n°5 - L165/167.

L'IADE 6 conclut que l'absence d'habitude entraîne une absence de pratique : « *Parce que, ça y est, j'ai pris le pli en fait de ne pas la faire* » E n°7 - L78/79

4.3.2. Construction de l'identité sur la littérature et les recommandations

Une fois leur pratique abordée, six professionnels interrogés ont affirmé leur position en se référant à la littérature et aux recommandations actuelles.

Les IADE 1, 4 et 5 s'accordent sur le fait qu' une controverse existe : « *ça pose encore question cette manœuvre-là, on ne sait pas, ce n'est pas clair dans tous les textes* » E n°5 - L75/76 ; et que l'intérêt de l'application d'une manœuvre de Sellick n'est pas prouvé : « *Et dans la littérature, je sais pas, s'ils disent qu'au final il y a un intérêt* » E n°1 - L85 ; « *Pour l'instant, les études qui sortent montrent qu'il n'y a pas spécialement un intérêt* » E n°6 - L142/143.

Les IADE se basent donc sur la littérature et les études pour s'affirmer et construire leur identité professionnelle : « *Et donc moi après j'ai été faire des recherches* » E N°7 - L20, « *Je pense que si la littérature nous permet de... parce que finalement c'est juste les études qui vont montrer qu'elle a un intérêt ou pas* » E n°6 - L140/141.

En ce qui concerne le texte sur les recommandations, seule l'IADE 2 pensait que la pression cricoïdienne n' « *était plus recommandée* » L4. Les autres professionnels connaissent les recommandations actuelles comme l'IADE 4 : « *c'est une manœuvre qui reste, qui reste quand même toujours recommandée* » L32/33. L'IADE 2 et 5 abordent alors le lien entre identité professionnelle et pratique quotidienne : « *tu as les médecins qui collent parfaitement aux reco et ceux qui n'y sont pas complètement* » E n°2 - L129/130 ; « *Donc si on veut suivre les vraies pratiques professionnelles qui sont les recommandations, ce serait de réaliser cette manœuvre* » E n°6 - L31/33.

Toutefois, les professionnels s'accordent pour attester qu' « *une recommandation n'est pas une obligation* » E n°1, L74/75. Le MAR va plus loin en assurant qu'en l'absence de Sellick, « *c'est pas opposable si on a... sur une inhalation c'est pas, je pense que c'est pas opposable médico légalement* » L48/50.

4.3.3. Impact du binôme MAR / IADE

À l'exception de l'infirmière anesthésiste la moins expérimentée et le médecin anesthésiste, toutes les personnes interrogées abordent l'impact du binôme MAR / IADE dans le choix de la mise en pratique ou non de la manœuvre de Sellick.

Il ressort des entretiens que les infirmiers anesthésistes sont généralement formés par les médecins plutôt que par leurs pairs : « *Je pense que j'ai dû faire une de mes premières gardes avec lui. Et je pense que c'est comme ça que j'ai appris à faire c'est manœuvre.* » E n°2 - L123/124. La vision du médecin sur cette manœuvre influence alors le positionnement de l'infirmier anesthésiste : « *ça dépend vraiment en fait des médecins avec qui on travaille. Je pense c'est selon eux, leur vision des choses aussi, leur connaissance sur le sujet et puis leur responsabilité* » E n°7 - L25/27. Il n'a d'autre choix que de se conformer à la décision du médecin avec lequel il travaille. Les IADE 4 et 5 reprennent cette idée : « *C'est très médecin dépendant parce que c'est vrai que c'est lui qui choisit* » E n°5 - L43 ; « *on est sous la responsabilité d'un MAR. Donc finalement, c'est surtout à la décision du MAR avant tout* » E n° 6 - L28/29.

Le choix final par le médecin n'empêche pas les IADE de prendre position, quel que soit leur point de vue. Certains IADE la propose d'emblée : « *quand tu es persuadé que ça fonctionne, tu l'imposes un*

petit peu à ton médecin aussi parce que c'est un partenariat » E n°2 - L152/153 ; « je lui dis éventuellement on peut faire une séquence rapide avec un Sellick. Ouais absolument. Et puis lui, lui il tranche sur la partie Sellick ou pas » E n°4 - L63/65.

L'IADE 6, plus jeune, est plus réticente à mettre en œuvre une Sellick : *« Et après, si un médecin me demande de la faire, je vais quand même voir avec lui, discuter avec lui si c'est vraiment nécessaire, rediscuter des nouvelles études »*. L69/71. L'IADE 4 insiste également sur l'importance du dialogue et de l'écoute : *« Après, ça reste un travail d'équipe donc on en discute en amont »* L124/125.

En cas de désaccord, l'identité du professionnel peut être impacté car *« ce sont les médecins qui ont le dernier mot là-dessus »* E n°5 - L142/143. Une certaine résignation ressort alors dans certains entretiens : *« je lui dirais "Je préférerais qu'on fasse le Sellick" après, tu sais bien ce qu'il en est, s'il ne veut pas, il ne veut pas »* E n°4 - L71/72 ; *« Bah nous, forcément, on est obligé de suivre ce que disent les médecins »* E n°5 - L59-60 ; *« en tant qu'IADE malheureusement, on n'a pas trop notre mot à dire et c'est le médecin qui décide »* E n°5 - L212/222.

4.4. Évolution de la pratique de la manœuvre de Sellick

4.4.1. Évolution

Lors de l'interrogation des professionnels de santé au sujet de la manœuvre de Sellick, ils s'accordent tous sur une évolution récente de la technique. En effet, ils déclarent avoir modifié leur pratique depuis quelques années : *« Avant je le faisais systématiquement mais depuis, je dirais, 3-4 ans c'est pas systématique »* E n°3 - L20/23 ; *« Du coup,*

je dirais que, oui, ça a commencé à changer il y a deux ans et demi »
E n°7 - L32/34.

Cette évolution s'est produite rapidement, la manœuvre étant passée d'un statut de « *Gold standard* » E n°6 – L43, de « *manœuvre très importante* » E n°1 – L74, à un sujet de controverse comme en témoigne le MAR : « *au départ, c'était une proposition. Après, c'est devenu une recommandation et maintenant c'est très décrié* » L112/113.

Un des IADE affirme que cette évolution est inhérente à toutes les pratiques, quelles qu'elles soient : « *Mais on ne sait jamais, parce que des fois on se rend compte que finalement l'arrêt de certaines pratiques on soit obligé de les reprendre. Mais pour l'instant, je pense qu'elle disparaîtra. Mais comme toute pratique, elles évoluent donc ça peut disparaître. Et puis peut être revenir un autre jour, à un autre moment* » E n°6 - L145/149.

Lors des entretiens, plusieurs facteurs ont été évoqués par les professionnels pour expliquer cette évolution.

4.4.2. Manque de formation

Les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat les plus jeunes, les moins expérimentés, sont ceux qui abordent le manque de formation initiale en ce qui concerne la manœuvre de Sellick : « *on te l'apprend une fois à l'école et voilà* » E n°1 - L80 ; « *on le voit une fois en première année* » E n°7 - L82. Il en résulte un « *manque de savoir-faire* » E n°1 – L55, qui peut susciter un sentiment de peur : « *c'est un*

geste qui du coup qui fait peur euh parce qu'on ne sait pas le pratiquer » E n°1 - L26.

Pour ces jeunes professionnels, l'absence de formation initiale explique leur difficulté à mettre en pratique la manœuvre : « *si tu l'apprends pas déjà de base quand t'es à l'école, bah c'est encore plus complexe de la mettre en place derrière* » E n°1 - L108-110. Les stages constituent également un obstacle pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat qui se sentent mal à l'aise de pratiquer des gestes techniques : le statut étudiant peut avoir une influence comme l'indique l'IADE 1 : « *dans un CHU on apprend beaucoup, il y a beaucoup d'étudiants, et euh, allez faire des manœuvres de Sellick avec (toux) des étudiants à côté où on a déjà pas beaucoup confiance parce que souvent c'est ça le statut qu'on a euh, c'est pas évident de trouver sa place déjà à faire des gestes techniques* » L102-106. De plus, le geste semble réservé aux diplômés : « *tant que t'es pas IADE on te laissera pas la faire* » L107/108.

En outre, la pression cricoïdienne est perçue comme une manœuvre « *difficile à faire* » E n°2 - L74, « *très compliquée à réaliser* » E n°5 - L 27, nécessitant une formation régulière afin de maintenir ses compétences pratiques. Or, aucun professionnel interrogé n'a été reformé après l'obtention de son diplôme : « *moi je n'ai pas été reformé. Donc voilà, c'est ce que je te dis, je la fais comme je l'ai appris* » E n°5 - L199/200 ; « *c'est pas une manœuvre à laquelle on est reformé* » E n°6 - L79. Le MAR est également conscient de ce manque de formation : « *je suis pas persuadé que les gens sachent [...] comment on fait une manœuvre de Sellick* » L87/88.

Le manque de formation continue, tel que ressenti par les professionnels, peut conduire à une mauvaise connaissance du geste. C'est le cas d'une IADE qui pense que c'est la trachée qui doit être occlue : « *t'es censé écraser la trachée* » E n°2 - L196. Un deuxième

IADÉ, plus expérimenté, applique la manœuvre de Sellick de manière inadéquate, à la fois trop tardivement et avec des anciennes recommandations de pression : « *on a tendance à exercer la pression quand il commence à fasciculer* » E n°4 - L109/110 ; « *Alors je crois, tu vas me dire, mais c'est 40 newtons ?* » E n°4 - L84.

4.4.3. Difficulté d'application des pressions

Possible lié à un manque de formation continue, tous les IADÉ éprouvent une difficulté à appliquer les pressions nécessaires de manière adéquate comme en témoigne l'un d'eux : « *Donc c'est compliqué à appliquer, avec des histoires de pressions différentes. Avec euh, voilà, une pression avant que le patient s'endorme et qui augmente une fois que le patient a perdu conscience, voilà* » E n°5 - L27/29

Ils sont tous conscients de l'impossibilité de vérifier en temps réel leur technique : « *une pression qu'on ne maîtrise même pas forcément : on te dit une pression de 10 Newtons et 30 Newtons ça équivaut à 3 kilos et un kilo mais en fait on ne sait pas vraiment, euh, si on le fait bien* » E n°1 - L61/64 ; « *peut être que je n'applique pas les bonnes pressions et que je le sais pas* » E n°5 - L181/182 ; « *Parce qu'on dit une force d'un kilo puis de trois kilos après : c'est quelque chose qu'on ne peut même pas mesurer, dans notre bras c'est pas facile* » E n°7 - L65/67. Certains IADÉ affirment même que leur technique est perfectible : « *Je pense qu'on respecte pas spécialement la règle... si on devait faire des mesures je pense que ce ne serait pas...on ne serait pas à un et trois kilos* » E n°6 - L75/77.

4.4.4. Inconfort de la technique

L'omission de la manœuvre de Sellick peut également être attribuée au fait qu'elle s'exécute en partie sur un patient vigile. Selon l'un des IADE, cela peut provoquer de l'appréhension chez les patients, même s'ils sont informés : *« ça peut faire peur aux patients d'aller faire une pression même si on l'explique calmement. Peut-être que ça peut être un geste qui impressionne le patient »* E n°1 - L66/68.

D'autres IADE ont souligné que cela peut susciter de l'inconfort au patient lorsqu'il est conscient : *« on n'aime pas forcément gêner les patients »* E n°5 - L98 ; *« En plus quand on commence sur un patient conscient finalement on apporte de l'inconfort »* E n°6 - L95/96.

En conséquence, la peur de gêner le patient peut entraîner une application moins efficace de la manœuvre de Sellick. L'IADE 2 reprend cette idée en indiquant qu'il était difficile d'appliquer suffisamment de pression : *« Clairement pas assez fort, notamment dans la première partie où le patient commence à dormir, j'arrive pas en fait, je le gêne, je gêne le patient »* L162/163.

4.4.5. Effets indésirables / risques

Hormis le risque d'inconfort pour le patient, tous les professionnels, sans exception, soulignent les difficultés associées à la manœuvre de Sellick. Ils sont unanimes quant à l'impact sur la facilité d'intubation. Deux raisons principales sont identifiées :

- Une altération de la vision glottique : *« Si, il y avait un truc que j'avais à l'esprit, c'était aussi gêner la vision. Ça par contre c'est souvent arrivé que, finalement, avec une manœuvre de Sellick,*

je sois obligé de demander au médecin d'arrêter de faire la manœuvre pour avoir une meilleure vision et mieux visualiser pour introduire la sonde dans la glotte » E n°6 – L 100/105.

- Une difficulté à passer la sonde d'intubation : *« j'ai été déjà vraiment gêné en essayant de passer quand même la sonde en ayant l'appui » E n°2 - L 81/82*

En outre, les deux IADE plus expérimentés ajoutent que la manœuvre de Sellick entraîne un risque de rupture de l'œsophage en cas de vomissements actifs : *« tu risques une rupture de l'œsophage donc faut relâcher » E n°4 - L 148.*

4.4.6. Rapidité d'intubation

Au vu des risques d'intubations difficiles associés à la manœuvre de Sellick, quatre professionnels soulignent l'importance de la rapidité de protection des voies aériennes supérieures, allant jusqu'à préférer éviter cette manœuvre afin d'intuber plus rapidement : *« On préfère limite, j'ai envie de dire, ne pas le pratiquer et intuber plus rapidement » E n° 1- L29.*

Dans ce sens, un MAR et un IADE mettent en avant l'utilisation plus fréquente des vidéolaryngoscopes : *« il y a la performance supérieure des vidéolaryngoscopes par rapport aux laryngoscopes et donc intubation plus rapide » E n° 3 - L100/101 ; « on a utilisé beaucoup de vidéolaryngo, et moi je trouve quand même qu'on intube plus vite, forcément, parce qu'on est directement devant la glotte. Et du coup, peut être que ça permettrait de faire une manœuvre Sellick en étant moins gêné : je n'ai pas là, comme ça, le souvenir d'avoir fait une manœuvre de Sellick sur un vidéolaryngo. Mais ça permettrait d'intuber plus vite, ça c'est sûr. Et de protéger les voies aériennes*

supérieures beaucoup plus rapidement et de ne plus avoir à la faire »
E n°5 - L189/195.

4.4.7. Autres moyens

En dehors du vidéolaryngoscope, d'autres méthodes sont employées en substitution de la manœuvre de Sellick pour minimiser le risque d'inhalation.

La mise en place d'une sonde naso-gastrique est considérée comme cruciale par le médecin : *« je pense que ça c'est supérieur en termes de gestion du risque par rapport au Sellick »* L70/71. Il aborde également la place de l'échographie antrale : *« c'est l'échographie gastrique qui permet de voir et d'étudier, ou pas, la vacuité gastrique et la présence d'éléments solides qui, quand même, peuvent compliquer la chose en cas de régurgitations ou vomissements »* L67/69.

Par conséquent, la mise en œuvre de ces deux techniques peut surseoir à l'utilisation d'une pression cricoïdienne.

5. DISCUSSION

5.1. Biais et limites de l'analyse

5.1.1. Biais de sélection

Malgré la volonté de parvenir à un corpus diversifié, le nombre d'entretiens requis (de 6 à 8) ne permet pas de se montrer représentatif de la population étudiée, ce qui peut avoir une incidence sur la généralisation des résultats.

Par ailleurs, dans une démarche de simplification, il a été décidé de réaliser les entretiens uniquement sur le bassin rennais : ce choix peut également influencer les réponses compte tenu de la formation initiale commune à la majorité des IADE.

De surcroît, il convient de souligner que deux IADE interrogés n'ont jamais pratiqué la manœuvre de Sellick. Certaines questions de la grille d'entretien n'étaient donc pas appropriées.

Enfin, il est ressorti de la part des IADE que, lors de l'exécution de la manœuvre de Sellick, ils se trouvent plus souvent à la tête du patient qu'à effectuer la manœuvre proprement dite. Dans ce contexte, il aurait pu être judicieux d'interroger un plus grand nombre de médecins afin de mieux cerner la pratique en elle-même.

5.1.2. Biais méthodologique

La réalisation des entretiens s'est faite principalement au domicile des interviewés, via visioconférence : sur son lieu d'exercice, l'interviewé se serait inscrit davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes abordés.

Bien que la visioconférence et l'entretien téléphonique aient permis un recueil de données intéressant, ils ont engendré quelques difficultés auditives. Mon attention n'était alors plus entièrement portée sur les propos des professionnels. De plus, l'absence de contact visuel direct et de communication non verbale a pu affecter la qualité de l'interaction en rendant celle-ci moins naturelle et spontanée.

La sélection des professionnels interrogés s'est majoritairement fondée sur des relations préexistantes et des affinités, ce qui a pu influencer la formulation des questions de manière plus familière et potentiellement biaiser les réponses. Les personnes ont pu également se sentir obligées de donner des réponses qui plaisent au chercheur plutôt que des réponses honnêtes et authentiques.

Enfin, le manque de pratique dans la réalisation d'entretiens a pu limiter la richesse des réponses. Des relances plus fréquentes auraient pu être effectuées afin d'approfondir les données. Cela aurait permis des entretiens plus longs pour une meilleur analyse, notamment des représentations professionnelles.

5.1.3. Biais de confirmation

Inconsciemment, il est possible de tendre à chercher et à interpréter les informations de manière sélective pour confirmer les hypothèses posées. Il est donc important de prendre conscience de ce biais et de chercher à recueillir des informations de manière équilibrée et objective, ce que la grille d'analyse aide à faire.

5.1.4. Limites personnelles

La fin des études d'infirmières anesthésistes est exigeante, avec de nombreuses échéances à respecter. La charge de travail requise en dehors de ce mémoire ne m'a pas permis de consacrer autant de temps que je l'aurais souhaité à cette tâche. De plus, la fatigue accumulée a probablement affecté la capacité à effectuer une analyse minutieuse des résultats.

5.2. Retour sur les hypothèses

5.2.1. Hypothèse n°1

Certaines représentations professionnelles, personnelles ou collégiales, pourraient impacter la mise en application d'une pratique recommandée.

Les représentations professionnelles orientent les conduites et guident les pratiques professionnelles avec une fonction de mobilisation des capacités cognitives et une fonction d'orientation. En ce sens, elles permettent de justifier les prises de position et les pratiques professionnelles. La représentation professionnelle d'une pratique revêt une importance capitale dans son acceptation et sa mise en œuvre.

Il est alors possible qu'une représentation négative d'un objet, ici une pratique professionnelle, puisse avoir un impact significatif sur sa mise en application, malgré l'existence de recommandations. Cela peut se produire de plusieurs manières.

Tout d'abord, si la pratique est considérée comme étant peu efficace ou peu pertinente, les professionnels peuvent être moins enclins à la mettre en œuvre. Effectivement, lorsque nous sommes d'avis que quelque chose ne parvient pas à remplir son objectif, quelle raison y aurait-il de persévérer dans cette action ? Comme nous avons pu le constater dans l'analyse des résultats, le manque de preuves scientifiques pour appuyer l'efficacité de la manœuvre de Sellick ressort dans les entretiens.

De plus, si la pratique est considérée comme étant peu valorisante ou peu prestigieuse, elle peut être délaissée au profit de pratiques considérées comme plus importantes ou plus simples à mettre en œuvre. C'est le cas avec l'arrivée de nouvelles techniques, comme l'utilisation de vidéolaryngoscopes ou de l'échographie antrale. La mise en place d'une sonde naso-gastrique reste également une pratique moins complexe à réaliser, avec un risque moindre pour le patient.

Enfin, si la pratique est perçue comme étant difficile ou contraignante à mettre en œuvre, les professionnels peuvent être moins disposés à la mettre en pratique. Cela peut être dû à un manque de temps, de ressources ou de formation adéquate, ou à une perception que les avantages ne justifient pas la prise de risque. C'est ce qui ressort des entretiens lorsque les professionnels évoquent le manque de formation et la difficulté d'appliquer les bonnes pressions. Il en est de même pour les effets indésirables que risque d'entraîner la pression cricoïdienne : l'inconfort du patient vigile ou une difficulté d'intubation par une vision glottique altérée, évoqués lors des différents entretiens.

Toutes ces représentations semblaient être partagées par la majorité des professionnels interrogés, ce qui renforce les

représentations personnelles dans le but d'un sentiment d'appartenance au groupe.

5.2.2. Hypothèse n°2

Une forte identité professionnelle de l'IADE favoriserait la mise en application de la manœuvre de Sellick par sa suggestion au MAR lors du choix de la stratégie d'anesthésie.

La construction de l'identité professionnelle est un processus qui implique l'individu ainsi que ses pairs. Ce processus est également lié à l'identification au travers de sa profession. Il est alors crucial pour l'individu de s'intégrer professionnellement afin de se sentir reconnu. Par conséquent, un sentiment d'appartenance se développe grâce à l'utilisation de pratiques, de vocabulaires et de gestes communs.

En général, une forte identité professionnelle peut jouer un rôle important dans la mise en application d'une pratique au sein d'une équipe. Le professionnel a une claire compréhension de son rôle et de ses responsabilités dans l'équipe, ainsi qu'une vision distincte de ses objectifs professionnels et de sa mission. Cela peut favoriser la mise en place d'une pratique efficace, notamment par le partage de l'expertise, la collaboration, dans le but d'atteindre les objectifs de l'équipe. Ils sont également plus susceptibles de défendre leurs idées et leurs opinions, ce qui conduit à des discussions constructives et à l'élaboration de stratégies plus efficaces pour mettre en œuvre la pratique. En outre, une forte identité professionnelle peut encourager la prise de décisions éclairées et la réflexion critique sur les pratiques

en cours, ce qui amène à l'amélioration continue des processus de travail.

En ce qui concerne la manœuvre de Sellick, la plupart des infirmiers anesthésistes interrogés ont connaissance des recommandations, mais une minorité d'entre eux prend le temps de se pencher sur la littérature scientifique. Ils se fient donc uniquement à l'avis et aux habitudes du médecin anesthésiste responsable. La construction de leur identité en ce qui concerne la pression cricoïdienne se fait donc quasi exclusivement sur les représentations personnelles du MAR. Si ce dernier n'est pas enclin à la pratiquer, cette technique ne rentrera pas dans la pratique des IADE. Ce phénomène groupal donnera lieu à une vision commune qui sera une tendance à l'abandon de cette pratique.

C'est ce qu'il ressort des entretiens. Un seul infirmier anesthésiste, le plus expérimenté, prend le temps de recommander l'utilisation de la manœuvre de Sellick lorsqu'il juge que cela est nécessaire. Cette attitude peut être attribuée à son expertise et à ses compétences acquises au fil des années, ainsi qu'à son habitude de pratiquer cette manœuvre. Les autres professionnels, plus jeunes, la pratiquent rarement et ne se prononcent pas sur son utilisation lors du choix de la stratégie d'anesthésie. De plus, la plupart d'entre eux insistent sur le fait qu'en cas de désaccord, c'est le MAR qui prendra la décision finale.

La seconde hypothèse pourrait donc être possible mais il semble difficile de la confirmer avec certitude sur la base d'un seul témoignage. Il aurait été intéressant d'avoir plus d'entretiens avec des IADE expérimentés.

5.3. Retour sur la question de recherche

De quelle manière les représentations sociales et l'identité professionnelle des infirmiers anesthésistes diplômés d'État peuvent-elles jouer un rôle dans l'évolution et la mise en pratique de la manœuvre de Sellick ?

La manœuvre de Sellick est une technique utilisée lors de l'intubation trachéale pour limiter le risque d'inhalation dans un contexte particulier. Les infirmiers anesthésistes peuvent être amenés à mettre en pratique cette technique. Leurs représentations, ainsi que potentiellement leur identité professionnelle, peuvent avoir un impact dans son évolution et sa mise en application.

En effet, les représentations négatives entraînent une diminution de la pratique de la pression cricoïdienne par les infirmiers anesthésistes. Cette situation est amplifiée par les croyances des professionnels selon lesquelles la pression cricoïdienne est réservée à des situations très particulières et est mise en œuvre exclusivement par les professionnels les plus expérimentés.

L'identité professionnelle des IADE, influencée par les normes et les valeurs de leur profession, peut également jouer un rôle dans le choix d'appliquer une pression cricoïdienne. Pour certains professionnels, la construction de leur identité passe par le respect des normes. Perçue comme une technique rassurante et justifiée par les recommandations actuelles, la pratique de la manœuvre de Sellick dans ce contexte valorisera alors les professionnels qui la mettent en application tout en renforçant leur identité. A contrario, le fait d'appliquer une technique controversée peut affaiblir leur identité professionnelle en affectant la perception de leur rôle, de leur

engagement dans leur travail. Certains préféreront alors ne pas mettre en pratique cette technique.

Or, c'est par la pratique de son métier, par l'appropriation de gestes et de stratégies, que les individus continuent de construire leur identité professionnelle. Mais une pratique doit être appropriée, c'est-à-dire intégrée dans le système de valeurs, de croyances, et de normes, soit en s'y adaptant, soit en le transformant. Cependant, comme vu dans le cadre conceptuel, la notion de « pratique » est intimement liée à celle de répétition. Conformément à l'opinion de la plupart des professionnels interrogés, la manœuvre de Sellick est de moins en moins utilisée. Cette manœuvre pourrait alors disparaître progressivement : le maintien d'une pratique nécessitant une notion d'habitude.

En définitive, il est possible que les représentations sociales et l'identité professionnelle des praticiens médicaux et paramédicaux soient à l'origine de la non-application de la pression cricoïdienne. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que les représentations et l'identité professionnelle évoluent dans le temps et selon le contexte. Ce qui est valable pour une situation ne le sera pas forcément dans une autre.

6. CONCLUSION

Le but de cette étude était de comprendre l'implication des représentations sociales et de l'identité professionnelle dans la mise en application de la manœuvre de Sellick.

Une analyse conceptuelle suivie d'une étude qualitative multicentrique ont permis d'identifier une évolution certaine de cette technique depuis quelques années. Bien qu'elle soit décriée et controversée, elle reste tout de même recommandée et enseignée lors de la formation initiale des IADE. Les hypothèses suggèrent que les représentations professionnelles en ce qui concerne la pression cricoïdienne sont majoritairement négatives. Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, sont donc moins enclins à la mettre en œuvre. L'impact de l'identité professionnelle, quant à elle, n'a pas pu être démontré aussi formellement : le choix du médecin anesthésiste prédominant sur la volonté des IADE.

Cette étude a permis une analyse dense et nuancée malgré la quantité d'entretiens limitée, grâce au choix judicieux du profil des professionnels. Cependant, des biais peuvent être identifiés en lien avec la méthodologie choisie et mon manque d'expérience dans l'approche semi-directive des entretiens.

L'objectif de cette recherche n'était pas de prendre parti pour ou contre la pression cricoïdienne dans le cadre d'une induction en séquence rapide. Il s'agissait de comprendre ce qui rentre en jeu lors de ce choix tout en laissant mes aprioris de côté. Le cadre conceptuel a permis de se questionner, quant les entretiens ont permis d'analyser et développer ma pensée critique. Cela a permis d'avoir une vue d'ensemble sur les points positifs et négatifs de la manœuvre de Sellick.

L'étude a également révélé une notion intéressante qui aurait pu être analysée, à savoir le défaut de formation perçu par l'ensemble des IADE interrogés. Cette lacune pourrait être à l'origine des difficultés rencontrés par ces professionnels et expliquer leur réticence à appliquer un geste qu'ils n'ont pas l'impression de maîtriser et dont ils ne peuvent garantir l'efficacité. Cette perception s'applique-t-elle à d'autres gestes techniques ? Les IADE ressentent-ils forcément le besoin d'une obligation de résultats lors de leur pratique ?

Dans le cas de la manœuvre de Sellick, la formation continue par simulation pourrait être une solution pour aider les professionnels à mieux appréhender cette technique et s'assurer d'une bonne gestuelle. Cela pourrait améliorer leurs représentations de l'efficacité de cette méthode. Il aurait été alors possible d'orienter ce travail dans une direction différente, en explorant d'abord le concept de formation des infirmiers anesthésistes via la simulation avant de se concentrer sur le sentiment d'efficacité personnel.

Une nouvelle question de départ à ce sujet pourrait être :

En quoi les séances de simulation seraient un levier sur le sentiment d'efficacité personnel des infirmiers anesthésistes ?

Ce travail m'a fait prendre conscience que la pratique technique, prégnante dans ma future profession, évolue et est influencée par de nombreux facteurs. Il est important d'en avoir conscience pour accompagner cette évolution, l'accepter, tout en respectant sa propre identité professionnelle.

Il convient de souligner que j'ai développé tout au long de ce travail une capacité d'analyse et un esprit critique indispensables à tout infirmier anesthésiste.

GLOSSAIRE

BURP : Back Up Right Pressure

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CUR : Centre d'Urgence et de Réanimation

DE : Diplôme d'Etat

GEU : Grossesse Extra-Utérine

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

ISR : Induction en Séquence Rapide

JEPU : Journée d'Enseignement Post-Universitaire

MAR : Médecin Anesthésiste-Réanimateur

PC : Pression Cricoïdienne

PFPS : Plateau de Formation des Professionnels de Santé

RGO : Reflux Gastro-Oesophagien

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

TP : Travaux Pratiques

BIBLIOGRAPHIE

1. De La Coussaye JE, Adnet F. Sédation et analgésie en structure d'urgence. Quelles sont les modalités de réalisation d'une sédation et/ou d'une analgésie pour l'intubation trachéale ? *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 avr 2012;31(4):313-21.
2. Larousse, éditeur. *Le petit Larousse illustré: 90000 articles, 5000 illustrations, 355 cartes, 160 planches, chronologie universelle*. Éd. 2022. Paris: Larousse; 2021.
3. Formarier M, Jovic L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2e éd. Lyon: Éd. Mallet conseil; 2012.
4. Fischer GN. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. 2. éd., entièrement rev. et augm. Paris: Dunod; 1996. 226 p. (Collection Sciences humaines).
5. Jodelet D. *Folies et représentations sociales*. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1989. 398 p. (Sociologie d'aujourd'hui).
6. Moscovici S. *La psychanalyse: son image et son public*. 3e éd. [Paris]: Presses universitaires de France; 2004. (Bibliothèque de psychanalyse).
7. Jodelet D, éditeur. *Les Représentations sociales*. 1. éd. Paris: Presses universitaires de France; 1989. 424 p. (Sociologie d'aujourd'hui).
8. Moscovici S. *Psychologie sociale*. 3e éd. Paris: PUF; 2017.
9. Abric JC. *Psychologie de la communication: théories et méthodes*. 2. éd. Paris: Colin; 1999. 174 p. (Cursus Psychologie).
10. Blin JF. *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris Montréal: Éd. l'Harmattan; 1997. (Action et savoir).
11. Carré P, Caspar P. *Traité des sciences et des techniques de la formation*. 4e éd. entièrement revue et augmentée. Malakoff: Dunod; 2017.
12. Grize JB, Vergès P, Silem A, Université de Neuchâtel, Laboratoire IRPEACS-CNRS (France), Centre de recherche en écologie sociale (EHES-CNRS), éditeurs. *Salariés face aux nouvelles technologies: vers une approche socio-logique des représentations sociales*. Paris: Editions du Centre national de la recherche scientifique : Presses du CNRS, diffusion; 1987. 223 p.
13. Dubar C. *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. 2. éd. rev. Paris: Colin; 1995. 276 p. (Collection U Série sociologie).

14. Fray AM, Picouveau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Manag Avenir*. 2010;38(8):72-88.
15. Gohier C, Alin C. Enseignant-formateur: la construction de l'identité professionnelle recherche et formation. Paris Montréal (Québec) Budapest [etc.]: l'Harmattan; 2000. (Éducation et formation).
16. Nanteuil M de. L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation, R. Sainsaulieu: Les Presses de Sciences Po, Paris (2014). 604 p. *Sociol Trav*. 1 juin 2015;57(2):259-60.
17. Osty F. Le désir de métier: engagement, identité et reconnaissance au travail. Rennes: Presses Universitaires; 2003. 244 p. (Collection "des Sociétés).
18. Garner H, Méda D, Senik-Leygonie C. La place du travail dans les identités. *Econ Stat*. 2006;393(1):21-40.
19. Hughes EC. Le regard sociologique: essais choisis. Chapoulie JM, éditeur. Paris: Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales; 1996. 344 p. (Recherches d'histoire et de sciences sociales).
20. Albert E, éditeur. Pourquoi j'irais travailler. 2. éd. Paris: Eyrolles; 2010. 224 p.
21. Richard JF. Les activités mentales: comprendre, raisonner, trouver des solutions. 2e éd. refondue. Paris: A. Colin; 1995. (U).
22. Moscovici S, AISSANI Y, AMERIO P, BONARDI C, CARUGATI F, PICCOLI ND, et al. Les représentations dans le champ social. *Rev Int Psychol Soc*. sept 1990;(3, 3):285-486.
23. Jorro A. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. Bruxelles Paris: De Boeck; 2014.
24. Malglaive G. Enseigner à des adultes: travail et pédagogie. 3e éd. Paris: Presses universitaires de France; 1998.
25. Barbier JM, Conservatoire national des arts et métiers (France), éditeurs. L'analyse de la singularité de l'action. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 2000. 265 p. (Education et formation).
26. Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses universitaires de France; 2011. (Quadrige).
27. Habermas J. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. 11. Auflage. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 2019. 533 p. (Theorie des kommunikativen Handelns / Jürgen Habermas).

28. De Robertis C. Chapitre 7. Pratique professionnelle : une tentative de définition. In: *Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social* [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013 [cité 14 mars 2023]. p. 137-44. (Politiques et interventions sociales). Disponible sur: <https://www.cairn.info/institutions-acteurs-et-pratiques-dans-l-histoire--9782810901296-p-137.htm>
29. Moscovici S, Doise W. *Dissensions et consensus: une théorie générale des décisions collectives*. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1992. 296 p. (Psychologie sociale).
30. Combessie JC. II. L'entretien semi-directif. In Paris: La Découverte; 2007 [cité 18 avr 2023]. p. 24-32. (Repères; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
31. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23-34.
32. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2e éd., nouv. prés., suite du tirage. Paris: A. Colin; 2017.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	2
1.1. Situation d'appel	3
1.2. Cheminement jusqu'à la problématique	7
2. CADRE CONCEPTUEL	10
2.1. Les représentations sociales	10
2.1.1. De sociales à professionnelles	10
2.1.2. Spécificités professionnelles	15
2.2. L'identité professionnelle...	18
2.2.1. Un processus conjoint entre soi et autrui	18
2.2.2. Une construction par le travail...	20
2.2.3. ... En constante évolution	21
2.2.4. Représentations et identité	22
2.3. La pratique professionnelle	23
2.3.1. Au départ, des actions	24
2.3.2. De l'action à la pratique	25
2.3.3. Pratiques d'action et de communication	26
2.3.4. Des pratiques à l'adaptation	27
2.3.5. Représentations et pratique	28
3. MÉTHODOLOGIE	30
3.1. Type d'étude et choix de l'outil	30
3.2. Population d'étude	32
3.3. Lieux et période d'étude	33
3.4. Analyse des discours	34
3.5. Limites de la méthode	35
4. ANALYSE DES RÉSULTATS	36
4.1. Statut des professionnels	36
4.1.1. Expérience	36
4.1.2. Lieu d'exercice	36
4.1.3. Résumé	36
4.2. Représentations professionnelles de la manœuvre de Sellick	38
4.2.1. Pratique réservée à certains professionnels	38
4.2.2. Restriction des critères d'application	38
4.2.3. Geste « rassurant »	39
4.2.4. Absence de critères d'efficacité ou de fiabilité	39
4.2.5. Décriée / controversée	40
4.2.6. Amenée à disparaître	40
4.3. Identité professionnelle et mise en application de la manœuvre de Sellick	41
4.3.1. Construction de l'identité par la pratique et les habitudes	41
4.3.2. Construction de l'identité sur la littérature et les recommandations	42
4.3.3. Impact du binôme MAR / IADE	43

4.4. Évolution de la pratique de la manœuvre de Sellick	44
4.4.1. Évolution	44
4.4.2. Manque de formation	45
4.4.3. Difficulté d'application des pressions	47
4.4.4. Inconfort de la technique	48
4.4.5. Effets indésirables / risques	48
4.4.6. Rapidité d'intubation	49
4.4.7. Autres moyens	50
5. DISCUSSION	51
5.1. Biais et limites de l'analyse	51
5.1.1. Biais de sélection	51
5.1.2. Biais méthodologique	51
5.1.3. Biais de confirmation	52
5.1.4. Limites personnelles	53
5.2. Retour sur les hypothèses	53
5.2.1. Hypothèse n°1	53
5.2.2. Hypothèse n°2	55
5.3. Retour sur la question de recherche	57
6. CONCLUSION	59
GLOSSAIRE	61
BIBLIOGRAPHIE	62
TABLE DES MATIÈRES	65
ANNEXES	67
Annexe I : Grille d'entretien	I
Annexe II : Entretien n°1	II
Annexe III : Entretien n°2	V
Annexe IV : Entretien n°3	XI
Annexe V : Entretien n°4	XIV
Annexe VI : Entretien n°5	XVIII
Annexe VII : Entretien n°6	XXIV
Annexe VIII : Entretien n°7	XXVIII
Annexe IX : Grille d'analyse	XXXI
Annexe X : Arbre thématique	XLIII

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Je suis Anne-Sophie LORY, étudiante IADE en 2ème année au CHU de Pontchaillou. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'étude sur la pratique de la manœuvre de Sellick. Je me permets de vous poser quelques questions afin de recueillir votre avis. Chacune de vos réponses sera importante pour mon travail de recherche. Je vous remercie par avance.

Objectif n°1 : Présentation du professionnel de santé

- Pouvez-vous vous présenter en me donnant votre âge, votre année de diplôme IADE et votre lieu de formation ainsi que votre service d'exercice ?

Objectif n°2 : Identifier les représentations des professionnels en ce qui concerne la manœuvre de Sellick

- Quelle vision avez-vous aujourd'hui de la manœuvre de Sellick ?
- Cette vision a-t-elle évolué au cours de votre expérience ? Si oui, par quel processus ?

Objectif n°3 : Évaluer l'impact de l'identité professionnelle au sein de la relation MAR / IADE dans la mise en pratique de la manœuvre de Sellick ?

- Comment vous sentez-vous mentalement lors de l'exécution de cette manœuvre ?
- Est-ce que vous la suggérez au Médecin Anesthésiste à chaque fois que cela est nécessaire ?
- Vous est-il déjà arrivé de ne pas être en accord avec un membre de l'équipe sur cette manœuvre ? Si c'est le cas, est-ce que vous affirmez votre vision ? Comment ?

Objectif n°4 : Identifier les raisons de l'évolution de la pratique de la manœuvre de Sellick ?

- Aujourd'hui, appliquez-vous ou voyez-vous appliquer souvent cette manœuvre quand cela est nécessaire (contexte d'estomac plein) ?
- Votre pratique de cette manœuvre a-t-elle évolué depuis que vous êtes en poste ? A quoi cela est-il dû ? Avez-vous été reformé ?
- Lors de votre pratique, avez-vous déjà constaté des difficultés dû à la manœuvre de Sellick ?
- Selon vous, qu'est ce qui rentre en jeu dans sa non application malgré les recommandations ?
- Si vous ne l'avez jamais pratiqué, à quoi cela est dû ?

1 **Annexe II : Entretien n°1**

2 *IADE 1 femme, 35ans, 6 mois d'expérience*

3

4 **Moi** : Je vais vous poser quelques questions sur la pratique de la manœuvre
5 de Sellick.

6 **IADE** : oui

7

8 **Moi** : Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter en me donnant
9 votre âge, votre année de diplôme IADE et votre lieu de formation ainsi que
10 votre service d'exercice ?

11 **IADE** : Alors moi, euh, je suis diplômée depuis octobre 2022 au CHU de R*.

12 **Moi** : Oui

13 **IADE** : Bah voilà, j'ai 35 ans et j'avais 11 ans d'expérience infirmière
14 auparavant au CHU de R*. aussi. Donc là je suis au bloc ortho, dig uro et je
15 fais mes gardes aux urgences et en cardio.

16 **Moi** : OK, super

17 **IADE** : Voilà, donc 6 mois d'expérience.

18

19 **Moi** : OK parfait, du coup pouvez-vous me donner votre vision de la
20 manœuvre de Sellick ?

21 **IADE** : Euh ouais, alors la manœuvre de Sellick c'est un peu le sujet, j'ai
22 envie de dire euh, tabou, euh, dans le milieu anesthésiste. C'est-à-dire que
23 c'est un geste qu'on apprend quand on est à l'école, mais c'est un geste qu'on
24 n'exécute pas forcément en pratique, sur le terrain, alors euh, du coup je
25 pense que, alors je parle de mon point de vue, mais c'est un geste qui du
26 coup qui fait peur euh parce qu'on ne sait pas le pratiquer.

27 **Moi** : OK

28 **IADE** : Donc on préfère limite, j'ai envie de dire, ne pas le pratiquer et intuber
29 plus rapidement que de faire un geste qui va peut-être nous gêner au final
30 pour l'intubation.

31

32 **Moi** : Et même si vous n'avez que 6 mois d'expérience, est-ce que votre
33 vision a tout de même changé sur cette technique ?

34 **IADE** : Alors déjà je ne l'ai jamais pratiqué. Je crois que j'ai dû la voir une
35 fois ou 2 quand j'étais étudiante. Euh... C'est des anciens anesthésistes qui
36 pratiquent ça, euh, et sur toutes les gardes que je fais aux urgences, donc
37 sur toutes les crush inductions que je fais, il n'y en a pas une seule qu'on
38 effectue, que j'ai vu faire, ou qu'on m'a demandé de faire.

39

40 **Moi** : D'accord, du coup vous n'allez pas forcément proposer aux médecins
41 de faire une manœuvre de Sellick lors d'une induction en séquence rapide ?

42 **IADE** : Euh non et ça ne m'est jamais venu à l'idée car je ne l'ai jamais
43 pratiqué ou vu quand j'étais étudiante, enfin je l'ai que vu 2 fois. Donc en
44 fait, c'est pas que je n'ai pas envie de la proposer, c'est que ça ne me vient

45 même pas à l'idée en fait. Dès que je fais une induction en séquence rapide
46 ça vient jamais dans ma tête de faire une pression cricoïdienne.

47 **Moi** : Ok ça marche. Et pourquoi selon vous, malgré les recommandations de
48 la SFAR, elle n'est pas appliquée ?

49 **IADE** : Alors ça c'est une grande question, ouais. Pourquoi ? Et en plus ce
50 serait mes interprétations à moi parce que je ne l'applique pas. Alors
51 premièrement j'aurais l'envie de dire, euh, comme ce n'est pas pratiqué, alors
52 euh, avec mes 6 mois d'expérience hein, parce que je ne sais pas
53 antérieurement en fait depuis quand on ne l'effectue pas, cette manœuvre,
54 je ne peux pas te dire déjà.

55 Euh, j'aurais la sensation que c'est un manque de savoir-faire, peut-être, et
56 que les nouvelles générations qui ne sont pas habituées à la faire, ne la
57 reproduise pas. Ce qui fait qu'à chaque sortie d'école, à chaque nouvel
58 arrivant soignant dans l'anesthésie, il ne va pas la pratiquer et je pense que,
59 de fil en aiguille ; on en va arriver à ne plus du tout la faire et c'est peut-être
60 à cause de ça. Parce que c'est quand même euh, une gestuelle qui demande
61 de la faire sur un patient qui est vigile de premier abord, avec une pression
62 qu'on ne maîtrise même pas forcément : on te dit une pression de 10 Newton
63 et 30 Newton ça équivaut à 3 kilos et un kilo mais en fait on ne sait pas
64 vraiment, euh, si on le fait bien.

65 Euh, je pense que ça peut peut-être aussi, en fait je ne sais pas, peut-être
66 que c'est ça mais ça peut faire peur aux patients d'aller faire une pression
67 même si on l'explique calmement. Peut-être que ça peut être un geste qui
68 impressionne le patient, euh voilà, et euh...

69 Et, euh..alors est-ce que sur le nombre de crush induction qu'on fait, très
70 sincèrement, sur toutes les inductions en séquence rapides que j'ai fait je n'ai
71 encore jamais eu, euh, d'inhalation ou de reflux ou de choses comme ça.
72 Alors est-ce que le rapport bénéfice-risque au final... il y a un intérêt à la
73 faire ? c'est la question que je me pose et que peut-être les autres se posent
74 aussi, et malgré les recommandations..., en sachant qu'une recommandation
75 ce n'est pas une obligation.

76 Après, euh, effectivement moi je ne sais pas la faire du coup, en fait c'est un
77 geste que si tu ne le pratiques pas, euh, il n'est pas inné et en plus de ça, il
78 peut être gênant pour l'intubation. Euh déjà quand on fait un BURP c'est
79 gênant parfois, donc euh, imagine une Sellick.

80 En plus, on te l'apprend une fois à l'école et voilà, et... c'est pas, franchement
81 c'est pas... je te dis, sur les 6 mois que j'ai fait, je n'ai vu aucune personne
82 le faire, aucune. Après il y a beaucoup de jeunes médecins anesthésistes,
83 alors est-ce qu'il y a... voilà c'est cette question d'expérience qui je pense...
84 euh, voilà...

85 Et dans la littérature, je sais pas, s'ils disent qu'au final il y a un intérêt... je
86 sais pas moi, sur 100 Sellick euh est-ce que il y a une nécessité de la faire
87 sur ces 100 patients je suis pas sûr...

88 **Moi** : En effet, il y a beaucoup de choses dans la littérature, mais également
89 des informations qui se contredisent.

90 **IADE** : Après pour moi c'est les anciens qui la pratiquent et encore...
91 Maintenant que... et encore...

92 **Moi** : Anciens MAR ?
93 **IADE** : oui, plus ils rajeunissent, moins elle sera pratiquée. Et en sachant que
94 l'IADE c'est toujours quasiment lui, ou elle, qui intube : donc dans tous les
95 cas l'IADE va être encore moins expérimenté sur cette manœuvre. Donc pour
96 moi c'est vraiment manque d'expérience voilà, c'est vraiment la sensation
97 que j'ai, on sait pas vraiment la faire...
98 Moi personnellement du coup, je n'ai jamais eu de réponse à ça en tant
99 qu'étudiante donc ton travail est intéressant pour voir ce qu'il en ressort.
100 C'est pareil euh, dans un CHU on apprend beaucoup, il y a beaucoup
101 d'étudiants, et euh, allez faire des manœuvres de Sellick avec (toux) des
102 étudiants à côté où on a déjà pas beaucoup confiance parce que souvent c'est
103 ça le statut qu'on a euh, c'est pas évident de trouver sa place déjà à faire des
104 gestes techniques, euh, mais je pense que si en plus de ça on doit faire..Bah
105 en fait c'est comme l'intubation en urgence en fait, tant que t'es pas IADE on
106 te laissera pas la faire. Donc la Sellick c'est pareil euh, bah si tu l'apprends
107 pas déjà de base quand t'es à l'école, bah c'est encore plus complexe de la
108 mettre en place derrière. Là on est... l'intubation autant on la pratique
109 souvent, la Sellick si on nous l'apprend pas déjà à l'école et qu'on ne la voit
110 pas, bah on la fera pas en fait on la fera pas plus tard
111
112 **Moi** : Parce que vous n'êtes pas à l'aise ?
113 **IADE** : Puis c'est pas, euh, c'est pas genre une obligation comme de, je sais
114 pas moi, de gonfler un ballonnet. On doit apprendre à faire ça, je caricature
115 mais tu vois quoi. Là tu vois, on est pas obligé de le faire donc en fait si on
116 peut s'en passer ben on le fait pas. Donc en gros j'ai l'impression que c'est
117 ça quoi.
118 Et en plus, de ce que je pense et, euh, de ce que je vois moi en tout cas,
119 alors soit je ne suis pas tombé sur des cas extrêmes mais j'ai quand même
120 fait beaucoup de digestif, euh, où ils peuvent être en occlusion etc bah il se
121 passe rien (rire). A la limite mettre une gastrique avant quoi, voilà tu peux
122 trouver d'autres solutions que de passer par la Sellick dès le départ, donc
123 voilà...
124 Donc cette manoeuvre là, euh, que j'aurais bien aimé je pense apprendre en
125 fait. Parce qu'en fait, je pense que c'est même pas qu'on veut pas, je pense
126 qu'on sait pas
127 Ca serait cool de voir avec, euh, des IADE plus anciens qui la pratique
128 **Moi** : oui, c'est mon premier entretien et j'ai prévu d'interroger des IADEs
129 avec, euh comment dire, une expérience plus longue
130 En tout cas merci du temps que vous m'avez accordé
131 **IADE** : De rien, et bon courage pour la fin du mémoire

1 Annexe III : Entretien n°2

2 *IADE 2 femme, 35ans, 2 ans d'expérience*

3

4 **IADE** [00:00:27] Alors moi j'ai une question pour commencer c'est toi qui
5 va m'apprendre un truc. Il me semblait qu'il était plus recommandé.

6 **Moi** [00:00:33] Et bien, écoute pour moi, elle l'est toujours dans mes
7 recherches que j'ai trouvé. Elle est toujours recommandé à la SFAR en tout
8 cas.

9 **IADE** [00:00:40] Ah oui, tu vois donc c'est dingue, parce que, en fait, il y a
10 un anesthésiste qui m'a dit elle n'est plus recommandé "je n'en vois pas
11 l'intérêt, de toute façon elle n'est plus recommandée". Donc tu vois, et en
12 fait, c'est pour ça que je m'étais dit tiens, j'en parle parce que dans ma tête,
13 tu vois, nous on les écoute.

14 **Moi** [00:00:56] Ah ben non, mais c'est sûr, parce que moi j'ai des reco. Alors
15 de 2010, de la SFAR, là où elle est recommandée. Après je n'ai pas trouvé
16 d'autre chose depuis quoi. Donc c'est sûr qu'elle est décriée, elle est décriée
17 mais...Mais y'a rien en fait, il y a beaucoup d'études qu'ont essayé de montrer
18 qu'elles n'étaient pas, entre guillemets, plus efficaces que si on la faisait pas.
19 Et ils arrivent pas... même ça, ils n'arrivent pas à le démontrer. Ils n'ont pas
20 eu....

21 **IADE** [00:01:22] À c'est intéressant. OK, d'accord, ça marche.

22 **Moi** [00:01:26] Peux-tu te présenter en me donnant ton âge, ton année de
23 diplôme IADE, ton lieu de formation ainsi que ton service d'exercice ?

24 **IADE** [00:01:34] Oui alors moi j'ai 35, 36 cette année et je suis diplômée
25 depuis 2016.

26

27 **Moi** [00:01:43] OK, ça marche : deux ans d'expérience à R*. OK super. Et
28 donc en clinique maintenant.

29 **IADE** [00:01:51] Oui. Ah en fait pas du tout. J'ai fait aussi, mais je n'ai pas
30 commencé en clinique, en fait. Moi j'ai commencé en intérim. Donc j'ai
31 commencé en intérim et j'ai postulé en Clinique. Mais en fait il n'y avait qu'un
32 seul poste et c'est C* (anonymat) qui l'avait eu. Ils m'avaient dit à l'époque
33 de patienter, qu'il y aurait des besoins, et je suis partie en intérim en me
34 disant que je ne voulais que travailler en secteur du public. Je ne voulais pas
35 en privé parce que je ne le sentais pas d'être seule. Et je suis parti
36 principalement au M*, au CH du M*, qui est absolument génial: j'ai failli
37 prendre un poste là bas et délocaliser tout le monde (rire). Mais non, c'est
38 vraiment un endroit que j'ai beaucoup aimé, ce qui était très rassurant, qui
39 avait différents pôles et énormément de salles comme un CHU. Et ensuite,

40 j'ai fait un peu comme tout le monde, j'ai fait R*, F*, V*, des endroits
41 comme ça. Et je me suis posé en clinique et j'ai fait ça pendant six mois à
42 peu près avant d'intégrer là où je suis.

43

44 **Moi** [00:02:56] Ok, Cool cest trop bien. Un peu d'expérience. Et du coup,
45 pour commencer sur la Sellick, quelle est ta vision de cette manœuvre là?

46 **IADE** [00:03:07] Alors très honnêtement, moi, c'est mon sentiment à moi et
47 que ça ne doit pas être très efficace en fait. Pourquoi? Parce que pour l'avoir
48 pratiqué, pour qu'on me l'ait fait aussi pendant que j'intubais à de
49 nombreuses reprises. Moi, j'ai quand même ce souvenir du TP de l'école, en
50 fait, où en fait je m'étais dit punaise, mais faut mettre une force... Mais
51 complètement dingue quand il mesurait la force pour qu'elle soit dans les
52 clous. Et jamais tu vas appuyer comme ça sur sur une trachée. Je ne le vois
53 pas. Il aurait fallu que déjà il faut que le patient soit plus bas que toi pour
54 que tu es plus de force. Et puis vraiment, jamais j'appuie comme ça et jamais
55 on n'a appuyé comme ça on le voit bien. J'ai aussi déjà été gêné par par le
56 Sellick que pour l'intubation. Et donc du coup la personne relâche le Sellick,
57 le temps de faire passer la sonde ou je ne sais pas. Du coup, je sais pas, je
58 suis... En fait ce que je fais, parce qu'en on fait un Sellick forcément c'est sur
59 une séquence rapide, moi je me réfère au médecin très simplement. C'est à
60 dire que si je lui demande "tu veux un Sellick?", il dit oui, non, et je fais
61 comme il veut. Mais est ce que...mais si moi je choisissais vraiment, je pense
62 qu'effectivement je le ferais pas, je pense.

63

64 **Moi** [00:04:28] Et sur une Crush, tu le proposes quand même en
65 systématique au médecin.

66 **IADE** [00:04:34] C'est évident de proposer systématiquement ça, c'est
67 évident. Ou je ne le propose plus justement aux MAR qui, eux, m'ont dit qu'ils
68 ne le font plus jamais. Et voilà. Et que je sais que c'est eux. Et voilà, mais
69 autrement je le propose en systématique, systématiquement.

70

71 **Moi** [00:04:50] ok, c'est bien. Et du coup, tu penses que toi ta vision de la
72 Sellick, elle a évolué entre ton diplôme et là aujourd'hui?

73 **IADE** [00:04:56] Totalement, Totalement. Bon, parce que je voyais ça
74 comme vraiment une manoeuvre très importante et difficile à faire. Et en fait,
75 quand je l'ai vu utiliser, je me souviens pas l'avoir vu pendant mes études,
76 mais quand je l'ai vu utiliser, je me suis vraiment dit qu'on ne la faisait pas
77 correctement et quitte à ne pas faire quelque chose correctement et, enfin,
78 peut être mieux ne pas le faire et pas gêner justement la personne qui intube.
79 voilà, moi, c'est vraiment le sentiment que j'ai aujourd'hui. C'est que c'est
80 probablement mal utilisé, moi c'est l'impression que j'ai: mal utilisé parce que
81 c'est pas assez efficace, pas avec assez de force et j'ai été déjà vraiment gêné

82 en essayant de passer quand même la sonde en ayant l'appui, donc là c'était
83 déjà plus efficace, mais ça déviait complètement. C'était vraiment.... c'était
84 pas terrible quoi (rire). Donc oui ça a évolué

85

86 **Moi** [00:05:55] Oui, ça t'a mis plus en difficulté quand elle était exécutée

87 **IADE** [00:05:59] Ouais alors il y a des fois où je l'ai carrément pas vu et je
88 me suis demandé si c'était efficace. Il y a des fois où c'était carrément devié
89 carrément.... Et là, je me suis dit punaise je pense que... où J'ai dû demander
90 un relâchement ou... pour pouvoir passer: où là ça devait être efficace mais
91 je vois pas comment en appuyant vraiment très fort, donc en écrasant la
92 trachée, on est forcément obligé de relâcher un petit peu pour pouvoir laisser
93 passer la sonde. Vraiment, intellectuellement ça me dépasse en fait, je sais
94 pas comment dire. Et on est pas forcément formé. On apprend sur le tas quoi.
95 Et puis vraiment moi ce souvenir là du TP: il y avait la petite tête sur la table
96 et on devait appuyer et ça mesurait la force et je ne sais plus combien il fallait
97 comme force. Mais je me souviens de mettre dit mais punaise, mais il faut
98 vraiment y aller quoi! et le mannequin était vraiment en dessous de nous.
99 Donc en fait, tu peux mettre plus facilement ta force pour appuyer alors que
100 souvent l'intubation on s'installe relativement haut, même si c'est pas toi qui
101 intube, t'es à côté en fait de la patiente et t'as le bras relevé. Donc en plus je
102 pense que physiologiquement tu ne vas pas pouvoir mettre autant de force.

103

104 **Moi** [00:07:19] Comme ils disent dans la littérature, il faut être sur un
105 marchepied.

106 **IADE** [00:07:25] Ah oui, bah tu vois je m'étais fait la réflexion sans aller
107 jusqu'au marchepied (rire). Et puis bon c'est pas confortable pour... au
108 moment de l'endormissement aussi pour le patient, parce qu'on lui dit qu'on
109 va appuyer un petit peu... Alors tu sais t'appuies un petit peu quand il
110 commence à s'endormir et un peu plus après. Je ne sais pas, je....ouais, je
111 sais pas.

112

113 **Moi** [00:07:58] Et du coup, on en a un peu parlé. Mais selon toi, qu'est ce
114 qui rentre en jeu? Pourquoi à ton avis certains l'appliquent et d'autres
115 l'appliquent pas malgré les recommandations.

116 **IADE** [00:08:12] Je pense que c'est horrible ce que je vais dire. Je pense
117 que c'est rassurant. Je pense que c'est rassurant pour le praticien de se dire
118 qu'il l'a fait. Alors moi clairement dans l'équipe, donc je crois que maintenant
119 ils sont 17 anesthésistes, c'est pas tranché, genre les jeunes ou les vieux par
120 exemple, la pratique. Il y a un petit peu de tout, mais pour moi ceux qui la
121 pratiquent sont soit des gens qui ont connu des catastrophes, soit des
122 stressés, des jeunes stressées. Après je sais qu'il y en a un qui est très très
123 à cheval dessus. Je pense que j'ai du faire une de mes premières gardes avec

124 lui. Et je pense que c'est comme ça que j'ai appris à faire c'est manoeuvre.
125 D'instinct j'y aurait peut être même pas pensé effectivement. Puisque de
126 toute façon en stage tu ne fais pas les urgences, ou du moins très peu donc
127 du coup moi je n'ai pas le souvenir de l'avoir vu en stage effectivement. Donc
128 c'est vraiment comme ça que je le définirais et je pense que ben c'est toujours
129 pareil: tu as les médecins qui collent parfaitement aux reco et ceux qui n'y
130 sont pas complètement. Et je pense que c'est un peu ça, c'est un peu terrible
131 mais je pense que ça rassure et mais c'est tout. Oui, oui, c'est la seule chose
132 que je vois en termes de décision. Ou alors vraiment, j'ai déjà vu le faire
133 quand le tableau est vraiment pourri : quelqu'un qui a fait que de vomir,
134 qu'on prend en urgence, qui ne fait que de vomir mais tout le temps, limite
135 qui vomit devant nous où là ils (MAR) disent "c'est juste pas possible", enfin
136 tu vois un truc un peu glauque comme ça.

137

138 **Moi** [00:09:33] Des vomissements incoercibles, des choses comme ça.

139 **IADE** [00:09:37] Oui, voilà. Et vraiment pas juste l'estomac plein où on dit
140 "bon bah il est estomac plein" et c'est tout. Quel que soit le terrain, il faut
141 vraiment quelqu'un qui a vraiment des facteurs très très importants quoi.
142 Oui, voilà.

143

144 **Moi** [00:09:51] OK, c'est très bien. Et du coup, est ce que toi tu penses que
145 depuis ta sortie de diplôme ta pratique a évolué sur cette manœuvre? Est ce
146 que tu as été reformé? Est ce que tu la fais comme on t'a appris?

147 **IADE** [00:10:07] Alors jamais euh... jamais. j'ai une formation intubation
148 difficile. En termes d'intubation proprement dit, je n'ai pas fait de formation
149 théorique vraie euh... Donc non, vraiment, je pense que c'est une histoire
150 de sur le terrain, d'expérience sur le terrain et de euh.... après, voilà, je pense
151 que chacun peut être...chaque IADE...comment dire? Peut être que quand tu
152 es persuadé que ça fonctionne, tu l'imposes un petit peu à ton médecin aussi
153 parce que c'est un partenariat. Mais comme moi, je suis assez mitigé sur le
154 truc, je le propose parce que je suis l'IADE et qu'il est le médecin. Et voilà, tu
155 vois, je m'adapte en fait. En gros c'est ça. Je ne suis pas très difficile (rire).

156

157 **Moi** [00:11:01] Du coup toi, ça te dérange pas s'il te demande de l'appliquer,
158 tu l'appliques.

159 **IADE** [00:11:07] Absolument pas, je l'applique et puis voilà. Et je l'applique,
160 c'est à dire que je relâche pas jusqu'à ce que, sauf s'il me demande, s'il est
161 gêné ou quoi. Je le fais vraiment très sérieusement mais clairement pas assez
162 fort. Clairement pas assez fort, notamment dans la première partie où le
163 patient commence à dormir, j'arrive pas en fait, je le gêne, je gêne le patient,
164 ça c'est évident. Mais je vais pas appuyer comme un veau (rire) au départ
165 alors que ça peut être difficile. Ah oui, franchement, où la Celo est même pas

166 passée, il est encore...enfin voilà non, là clairement je lui titille la trachée qui
167 peut, ça peut le faire un petit peu tousser mais je vais pas insister.

168

169 **Moi** [00:11:49] C'est hyper intéressant. Et du coup, est ce que tu as déjà eu
170 des inhalations sans Sellick?

171 **IADE** [00:12:01] alors moi j'ai eu, ouais, un mendelson, j'en ai eu une fois,
172 j'étais étudiante. Sauf qu'en fait, c'était de la chir programmée et on était,
173 c'était en neurochir, on n'était absolument pas censé être, avoir un... C'est le
174 truc que personne ne voit en général. Mais en l'occurrence j'en ai vu un et
175 c'était pas du tout un, c'était pas du tout une séquence rapide en fait donc le
176 Sellick ne rentrait en jeu. c'est très impressionnant : Quand on parle de
177 tsunami, c'est vraiment ça ce que tu vois. Et sinon est ce que j'en ai eu? euh,
178 un non visible ou quoi? Peut être un non visible mais j'ai jamais e Pendant un
179 moment visible ou quoi? Peut être, mais je n'ai jamais eu rien de...où on s'est
180 posé la question si... Non jamais, jamais, jamais, jamais. La seule fois où je
181 l'ai vu, en intubant, c'était un patient qu'était pas censé être estomac plein
182 et autrement les fois d'après non. A chaque fois que j'ai fait un estomac plein,
183 ça ne m'est jamais arrivé.

184

185 **Moi** [00:13:01] Ok. Mais par contre tu as pu constater qu'avec la Sellick,
186 t'avais des difficultés à intuber ?

187 **IADE** [00:13:09] Ah ça c'est évident. Après ça dépend des morpho des gens,
188 des morphologies des patients bien évidemment. J'imagine que quelqu'un qui
189 est Cormack 1 par un exemple que t'intube avec un Sellick, bah tu verras
190 peut être un peu quand même. Mais moi je sais que j'ai été franchement gêné
191 par le Sellick parce que dès que la personne relachait, "tac" c'était nickel,
192 direct après. Donc voilà. Non, non, ça pour moi, c'est évident. Ça m'a créé
193 de vraies grosses difficultés. Vraiment une fois où je me suis dit, "Non mais
194 je vois un Cormack 2, c'est bon, j'y vais" et où je ne pouvais pas passer ma
195 sonde. Donc j'imagine que c'est parce que c'est efficace. C'est le principe, t'es
196 censé écraser la trachée quand même donc là à la limite relâcher une fois
197 que t'as réussi à passer la glotte. Normalement, les risques doivent être
198 quand même vachement limités, j'imagine que c'est comme ça, ou pas (rire).

199

200 **Moi** [00:14:18] OK. Donc bon, bien cool, moi je n'ai pas d'autre question.
201 C'était hyper intéressant. Veux tu rajouter quelque chose?

202 **IADE** [00:14:36] Mais non, je pense que, alors moi tu vois, c'est ça qui est
203 drôle, c'est que vraiment, j'étais persuadé que c'était plus recommandé. Peut
204 être qu'il le stipule plus. Je ne sais pas pourquoi, mais qui est ce qui m'a dit
205 ça? C'était un jeune c'est pour ça que...je pense que c'était Sarah (MAR) ou
206 quelqu'un comme ça, tu vois. Donc c'est pour ça que j'ai pris vraiment...,
207 autant d'autres j'aurais pû me dire ouais.... l'information, je ne sais pas, mais

208 là, je...je me demande même si ce n'était pas Frédéric (MAR) porte tu vois,
209 qui lui était au taquet sur les reco. Tu sais je me souviens il n'y a pas très
210 longtemps, il y avait un patient avec une gastrique qui avait été euh, voilà,
211 vidée, vidée, vidée, vidée. J'ai proposé d'enlever la gastrique pour l'induction,
212 tu sais? Parce que, voilà, ils ont pas voulu et je me dis c'est un peu les mêmes
213 choses quoi, faut savoir, soit on est au taquet, soit on l'est pas. Et voilà, c'est
214 ça un peu.

215 **Moi** [00:16:01] Oui c'est un peu pareil. Il y a les deux écoles. Il y en a qui
216 disent bah ouais, laisser la gastrique, ça laisse tous les sphincters ouverts,
217 donc ça fait un risque et t'en as d'autres qui vont te dire "bah ouais mais si
218 ça remonte ça va remonter dans la gastrique".

219 **IADE** [00:16:13] Je ne sais pas très bien, je ne sais pas. Honnêtement, j'en
220 sais rien. Mais en tout cas, moi, c'est ça qui est vraiment intéressant, c'est
221 de savoir quels sont les recos maintenant, puisque je t'avoue moi si elle était
222 plus recommandées ou en tout cas qu'elle est plus pressentie, déjà que tu
223 dises que ce soit au cas par cas, voilà, ça me paraît assez. Et par contre tu
224 vois que les études n'arrivent pas à prouver que c'est mieux sans, que ça ne
225 change rien en tout cas, c'est intéressant.

226 **Moi** [00:16:46] En fait, c'était dans le but vraiment de prouver son
227 inefficacité et ils n'ont pas réussi parce que finalement ils ont eu pas mal
228 d'inhalation dans le groupe sans Sellick

229 **IADE** [00:16:56] Ah oui d'accord

230 **Moi** [00:16:59] Bon bah cool

231 **IADE** [00:17:06] Ouais bah merci beaucoup.

232 **Moi** [00:17:08] Et bien merci à toi.

1 **Annexe IV : Entretien n°3**

2 **MAR 1 , Homme, 30 ans d'expérience**

3 **Moi** [00:00:00] Bonjour, dans le cadre de mon mémoire, je vais vous
4 interroger sur l'évolution de la manœuvre de Sellick.

5 **MAR** [00:00:06] Ouais.

6 **Moi** [00:00:08] Pouvez-vous vous présenter en me donnant votre âge, votre
7 année de diplôme ainsi que votre service d'exercice ?

8 **MAR** [00:00:15] J'ai 55 ans et je travaille sur les blocs opératoires du CHU
9 depuis 30ans.

10 **Moi** [00:00:20] et du coup, la première question que je voulais connaître
11 votre vision sur cette technique actuellement.

12 **MAR** [00:00:25] Ben je sais qu'elle est controversée et que la tendance est
13 de l'abandonnée. Après moi, j'ai été éduqué de façon très ancienne à la faire.
14 Oui, ça ne me dérange pas de la... continuer à la faire en sachant que
15 probablement on va l'abandonner

16

17 **Moi** [00:00:30] Oui, vous pensez qu'on est bien partis pour l'abandonner. Et
18 du coup votre vision, elle a forcément évolué depuis que vous êtes praticien.
19 Vous avez vu l'évolution ?

20 **MAR** [00:00:41] Oui.

21

22 **Moi** [00:00:43] Et est-ce que vous l'appliquez toujours?

23 **MAR** [00:00:48] Pfff, pas systématiquement, non. Alors qu'avant je le faisais
24 systématiquement mais depuis, je dirais, 3-4ans c'est pas systématique.

25 **Moi** [00:00:57] Du coup vous l'appliquez dans quelles conditions?

26 **MAR** [00:01:01] Alors le patient qui est vraiment estomac plein, je sais pas
27 pourquoi j'aurais tendance à le faire. En fait, je considère le patient
28 "vomisseurs" ou alors celui qui a l'occlusion majeure : je fais attention. Après,
29 "je fais attention" ça veut rien dire puisque, en fait, rien a prouvé que c'était
30 efficient cette manœuvre. Même certains disent que ça complique
31 l'intubation, et surtout en fait, ce qui me gêne dans la manœuvre, moi par
32 contre, c'est si jamais il y a un vomissement il faut la relâcher donc c'est un
33 peu bizarre comme concept. Donc elle n'a jamais été, en fait, comment dire?
34 Jamais validée scientifiquement on va dire.

35 **Moi** [00:01:40] C'est difficile de faire des études. C'est ce que j'ai lu dans la
36 littérature ? Et du coup, c'est vous, en tant que MAR, qui la faite? C'est pas
37 forcément les IADES

38 **MAR** [00:01:49] Oui.

39

40 **Moi** [00:01:49] Et ça arrive des fois, qu'ils refusent de la faire

41 **MAR** [00:01:52] Non

42

43 **Moi** [00:01:54] Ok ça marche. Et du coup, pour vous, qu'est ce qui rentre en
44 compte dans sa non application parce qu'elle est toujours recommandée de
45 ce que j'ai vu.

46 **MAR** [00:02:06] Ce n'est pas très clair actuellement. là, j'ai été à un congrès
47 justement la semaine dernière, jeudi /vendredi ou vendredi / samedi au JEPU,
48 il y a quelqu'un qui présentait justement "anesthésie pour estomac plein", et
49 en fait le Sellick n'est pas recommandé de manière officielle actuellement.
50 Donc ça veut dire que c'est pas opposable si on a... sur une inhalation c'est
51 pas, je pense que c'est pas opposable médico légalement.

52

53 **Moi** [00:02:31] Oui les recommandations ne sont pas des obligations. OK et
54 du coup est ce que vous avez déjà constaté des difficultés à intuber lors d'une
55 manœuvre de Sellick?

56 **MAR** [00:02:49] Ouais...ça m'est déjà arrivé. Et c'est donc là qu'on relâche
57 la manœuvre pour améliorer, pour intuber.

58 **Moi** [00:02:54] C'est ça. Et donc vous avez eu aussi des vomissements avec
59 la Sellick?

60 **MAR** [00:02:58] Non j'en ai jamais eu...mais ça peut arriver. C'est une
61 hantise permanente.

62

63 **Moi** [00:03:06] Et qu'est ce que dit la littérature ?

64 **MAR** [00:03:06] Rien pour le moment. Après sur l'estomac plein en fait, enfin
65 moi je trouve que ce qui est oublié actuellement, c'est l'intérêt de mettre une
66 sonde gastrique. Je pense que quand même ça vaut le coup de vider
67 l'estomac quand on sait qu'on a un estomac plein. Après un autre sujet, c'est
68 l'échographie gastrique qui permet de voir et d'étudier, ou pas, la vacuité
69 gastrique et la présence d'éléments solides qui, quand même, peuvent
70 compliquer la chose en cas de régurgitations ou vomissements. Et donc je
71 pense que ça c'est supérieur en termes de gestion du risque par rapport au
72 Sellick. Ca j'en suis convaincue. Mais c'est pas rentré dans les mœurs. La
73 sonde gastrique, quand vous prenez des gardes aux urgences, on la pose
74 souvent après l'induction, l'intubation. Alors que c'est plutôt avant à mes yeux
75 qu'il faudrait faire. Alors, est ce qu'il faut la garder pendant l'intubation c'est
76 encore une autre polémique. Mais je pense que c'est la moindre des choses
77 de vider l'estomac. Bien sûr, c'est inconfortable pour le patient, mais il y a
78 quand même un risque vital donc je pense que tout le monde peut

79 comprendre que pour un inconfort ponctuel on fasse la manœuvre versus ce
80 risque mortel. Et l'échographie, je pense qu'elle n'est pas assez enseignée,
81 l'échographie gastrique. Non pas pour calculer le volume car je pense que
82 c'est un peu compliqué mais surtout pour voir s'il y a des débris solides en
83 fait. C'est assez facile à trouver. Enfin je dis ça...je l'ai fait quelques quelques
84 fois, mais franchement c'est assez facile. Il n'y a pas besoin d'être un
85 échographiste émérite.

86

87 **Moi** [00:04:58] OK super, voulez-vous rajoutez d'autres choses?

88 **MAR** [00:05:06] Alors après je suis pas persuadé que les gens sachent que,
89 ça c'est encore un autre sujet, comment on fait une manœuvre de Sellick.
90 C'est pas pareil qu'un BURP. Le BURP c'est vraiment le cartilage thyroïde. Ici
91 c'est le cartilage cricoïde pour le Sellick. Et donc je pense que les
92 professionnels ne sont pas forcément au courant de la façon, la bonne
93 manière de le faire. Mais comme c'est pas justifié de manière formelle...
94 Comme un BURP, ça ne se fait pas n'importe comment, c'est plutôt vers la
95 droite du patient. C'est pas uniquement un appui comme ça...

96

97 **Moi** [00:05:45] Tout comme la Sellick ça nécessite une formation ?

98 **MAR** [00:05:45] De toute façon, à mon avis, ça va être abandonné dans les
99 5 ou 10 ans qui viennent. Je pense qu'il y a un autre, un autre aspect des
100 choses qui va peut-être attirer aussi cette disparition : c'est qu'il y a la
101 performance supérieure des vidéo laryngoscope par rapport aux
102 laryngoscopes et donc intubation plus rapide. Ça va jouer je pense aussi,
103 sincèrement. Je suis quasiment sûre que dans trois ou quatre ans, le
104 laryngoscope sera très discuté en termes de pratique quotidienne. Et donc
105 comme on intubera plus rapidement, même s'il n'a pas prouvé sa supériorité
106 dans l'estomac plein, les voies aériennes seront sécurisées plus rapidement.
107 Alors sinon c'est marrant il y a topo qui a été fait sur JEPU et, c'est un jeune
108 médecin qui a fait ça, ça sera à récupérer je pense. Et donc il a fait un topo
109 avec des diapos et justement au début de son topo, il a montré que Sellick
110 c'était un médecin qui a dû décrire ça dans les années....

111 **Moi** [00:07:21] 60-61 sur les cadavres...

112 **MAR** [00:07:23] Et du coup il montrait tout l'historique du Sellick, c'est à dire
113 qui, au départ, c'était une proposition. Après, c'est devenu une
114 recommandation et maintenant c'est très décrié. Et d'ailleurs, il soulève
115 autant interrogations que de réponses. C'est intéressant...Par contre, il dit
116 certaines choses qu'il faut absolument : la sonde gastrique je ne sais plus s'il
117 en a parlé de manière systématique mais moi, j'en suis convaincu. Moi ça me
118 frappe qu'on n'y pense pas. Voila...

119

120 **Moi** [00:07:45] Merci pour le temps accordé et bonne journée

1 **Annexe V : Entretien n°4**

2 *IADE 3, Homme, 50ans, 20ans d'expérience*

3

4 **MOI** [00:00:05] Peux-tu te présenter en me donnant ton âge, ton année de
5 diplôme IADE, ton lieu de formation ainsi que ton service d'exercice ?

6 **IADE** [00:00:17] 2002.

7 **MOI** [00:00:18] 2002 et du coup savoir un peu ton parcours. Où est ce que
8 tu as travaillé ?

9 **IADE** [00:00:23] Ouais. 93 96 DE à Paris.

10 **MOI** [00:00:28] Oui.

11 **IADE** [00:00:29] 96 97 en octobre, une année en réa au V* pour le service
12 militaire. Après, 97 à 99 réanimation polyvalente.

13 **MOI** [00:00:48] Ok, d'accord. Et du coup depuis le diplôme, tu es dans le
14 même Clinique.

15 **IADE** [00:00:52] Oui voilà.

16 **MOI** [00:00:52] Ok ça roule. Et du coup rentrons dans le vif du sujet. Juste,
17 toi aujourd'hui, c'est quoi ta vision de la manœuvre de Sellick?

18 **IADE** [00:01:05] Alors une manœuvre qui a tendance à disparaître
19 progressivement. Voilà, avec, ce que je crois comprendre, une manœuvre qui
20 n'a pas prouvé son efficacité sur les dernières études.

21 **MOI** [00:01:22] Oui.

22 **IADE** [00:01:24] Voilà. Parce sois mal faite. Soit parce que l'indication n'était
23 pas forcément à propos. Je sais que nous, à notre époque, on nous apprenait
24 que c'était pour un estomac plein c'était obligatoire, pour un bypass c'était
25 obligatoire, pour même une hernie hiatale, RGO symptomatique. Tu vois les
26 trucs un peu systématiques. Et puis au fur et à mesure de l'expérience, non
27 pas de la théorie, parce que moi je ne suis plus dans la théorie, on entend
28 que ceux et celles qui vont en formation, ceux et celles qui sortent des écoles,
29 disent que les études sont assez controversées dans le sens où déjà les
30 obligations sont peut-être moins, comment dire, tendues et que, surtout, la
31 manière dont on le faisait n'était pas forcément adaptée. Avec une histoire
32 des newtons, une histoire de la pression, l'endroit de la pression, la manière
33 dont on relâchait par rapport au fait que le ballonnet n'était pas forcément
34 gonflé, voilà. Mais après, il y a probablement plein de choses qui nous sont
35 étranés.

36 **MOI** [00:02:46] Oui, parce que toi, du coup, tu regardes pas forcément dans
37 la littérature ce qui se dit sur la Sellick, c'est plus la vision des nouveaux
38 diplômés qui sortent ou des nouveaux médecins, peut-être?

39 **IADE** [00:02:58] Exactement, c'est ça. J'aurais tendance à dire.... Encore
40 cette nuit tu vois, on a fait un...c'était pourquoi ? On avait une indication,
41 c'était une GEU à cette étude et on a préféré ne pas la ventiler et pas lui faire
42 le Sellick. Alors c'est un peu... ce n'est pas très dans les bonnes pratiques.
43 Mais on sait dit : Elle est jeune, elle n'a pas forcément de risque de desaturer,
44 on préfère faire Diprivan Celo sans la ventiler et voilà, et sans Sellick.

45

46 **MOI** [00:03:39] Et du coup tu la fais encore un peu ou pas ? Tu la pratiques
47 encore un petit peu ?

48 **IADE** [00:03:45] Oui, oui à la demande d'un médecin anesthésiste

49 **MOI** [00:03:49] Oui.

50 **IADE** [00:03:51] Alors bien sûr, je te cache pas que, moi, sur les estomacs
51 pleins, sur les occlusions, sur les hémopéritoinies avec des gens qui sont
52 hypertendus et qui ont des signes de nausées, vomissements, moi, ça me
53 conforte. Après, je ne sais pas. Ça me conforte plus que... j'aurais tendance
54 à me dire : ça me sécurise mentalement. Après, je ne suis pas sûr que ce soit
55 si fiable que ça. Mais oui on la pratique mais on est d'accord c'est avec l'accord
56 du MAR.

57 **MOI** [00:04:25] Oui, c'est toujours avec l'accord du MAR. Tu te sens à l'aise
58 de la faire si on te demande de la faire ?

59 **IADE** [00:04:34] Oui.

60

61 **MOI** [00:04:35] Et du coup tu la suggères?

62 **IADE** [00:04:43] Si, si je trouve que vraiment je le sens... que l'indication
63 valable et que... je lui dis oui, je lui dis éventuellement on peut faire une
64 séquence rapide avec un Sellick. Ouais absolument. Et puis lui, lui il tranche
65 sur la partie Sellick ou pas.

66

67 **MOI** [00:05:00] Et toi ça te pose pas de problème, si toi tu es plus Sellick et
68 lui il te dis non?

69 **IADE** [00:05:06] Alors si. Moi, sur une grosse occlusion avec des risques
70 d'inhalation, j'ai eu malheureusement un cas qui s'est assez mal passé, je lui
71 dirais "Je préférerais qu'on fasse le Sellick" après, tu sais bien ce qu'il en est,
72 s'il ne veut pas, il ne veut pas. Mais je l'inviterais, sur des indications très
73 restreint à le faire : sur un estomac plein, occlusion et sur éventuellement
74 quelqu'un qui dit, pour une raison X ou Y, pas forcément sur un terrain digestif
75 sur un hémopéritoine ou un truc comme ça "J'ai vomi récemment". J'aurais
76 tendance à dire... À proposer la séquence rapide avec le Sellick. Après, voilà.

77

78 **MOI** [00:05:54] OK, merci. Et pour toi, à ton avis, qu'est ce qui rentre en
79 jeu dans sa non application malgré les recommandations ? Pourquoi on ne
80 l'applique pas forcément alors que, comme tu dis, il peut y avoir des cas qui
81 la nécessitent.

82 **IADE** [00:06:11] Ouais alors c'est ce que je disais un peu tout à l'heure.
83 C'est à mon avis plutôt dans la manière de la réviser, sur l'histoire de pression
84 dont je te parlais. Alors je crois, tu vas me dire, mais c'est 40 newtons ?

85 **MOI** [00:06:25] Alors non. Normalement, tu commences quand le patient
86 est vigile, donc ç'est vrai que ce n'est pas très agréable, à 10 newtons/1 kilo.
87 Et une fois que le patient a perdu conscience, tu passes à trois kilos jusqu'à
88 gonflage du ballonnet.

89 **IADE** [00:06:41] Donc oui, ça c'est ce que j'allais te dire, mais trois kilos ça
90 fait 30 Newtons c'est ça?.

91 **MOI** [00:06:44] Ouais, c'est ça.

92 **IADE** [00:06:46] Ah tu vois moi je suis resté à 40 Newtons en pression. Mais
93 tu as raison, c'est avant la perte de connaissance. Et on est d'accord jusqu'à
94 gonflage du ballonnet sous contrôle de la vue ?

95 **MOI** [00:06:59] Ouais, c'est ça.

96 **IADE** [00:07:01] Oui, ça va. Donc probablement, comme je disais, problème
97 de bonne réalisation, juste. Et je pense que le fait de l'exercer sur quelqu'un
98 qui est conscient ce n'est pas spécialement agréable. Après si t'expliques aux
99 gens, ça ne me dérangerait pas. Oui, je pense que c'est juste une histoire
100 d'application des bonnes pressions. Il y a aussi l'idée de la rapidité...je sais
101 pas...C'est sûr que la rapidité d'exécution fait que tu es content parce que
102 c'est protégé rapidement. Parce que la question, c'était pourquoi ce n'est pas
103 réalisé ?

104 **MOI** [00:07:45] Ouais, les causes qui peuvent rentrer dans le fait de sa non-
105 application?

106 **IADE** [00:08:02] Oui bah je pense que la rapidité du geste fait que... Je
107 pense qu'un geste rapide d'exécution, alors c'est ma théorie, peut-être à mon
108 avis une priorité sur beaucoup de petits détails qui prennent pas mal de
109 temps. On perd peut-être moins de temps... après, en effet, on a tendance à
110 exercer la pression quand il commence à fasciculer, ce qui est un peu tard.

111

112 **MOI** [00:08:37] Oui, normalement c'est avant, dès qu'il perd conscience. Et
113 du coup, est ce que ta pratique de cette manœuvre a évolué depuis que tu
114 es IADE?

115 **IADE** [00:08:52] Par rapport à ça, oui. Moi je trouve que les indications ont
116 été réduites. Et je trouve que la manière.... J'avais l'impression que la manière

117 dont on le faisait baissait l'efficacité de ces protections-là, voilà. Et que du
118 coup, les indications par conséquent avaient diminué.

119

120 **MOI** [00:09:19] OK. Est-ce qu'au cours de ta formation, de ton expérience
121 tu as été reformé ?

122 **IADE** [00:09:27] Pas du tout, jamais.

123 **MOI** [00:09:32] Tu l'appliques comme tu l'as vu du coup.

124 **IADE** [00:09:35] Oui, comme je l'ai appris il y a de nombreuses années
125 (rire).

126

127 **MOI** [00:09:42] Voilà. Et donc j'avais après juste une dernière question. Est-
128 ce que quand t'as déjà pratiqué à pratiquer Sellick, est ce que tu as déjà eu
129 des difficultés, ou des inhalations / vomissements ?

130 **IADE** [00:09:52] Alors moi, je sais qu'il faut relâcher souvent la pression
131 pour intuber... et sinon euh, je croise les doigts, j'ai jamais eu d'inhalations
132 et de vomissements lors d'une séquence rapide avec Sellick, ou même sans.

133 **MOI** [00:10:09] Tant mieux.

134 **IADE** [00:10:11] Oui. Et on a eu un cas où, justement, la prise en charge de
135 l'induction en séquence rapide n'avait pas été réalisée par oubli, dans un
136 contexte d'estomac plein, et il y a eu une grosse pneumopathie. Il me semble
137 que le patient est décédé. Donc voilà. Moi je dirais, ça me fait "Tilt". Les
138 estomacs pleins, les vomissements pré op, ça me fait un peu plus tilt. Ou
139 même un gros hémopéritoine, quelqu'un qui n'est pas bien sur la prise en
140 charge séquence rapide. Si le l'occlusion et le vomissement quand tu fais
141 l'interrogatoire, si la personne peut te répondre, m'orienterai sur séquence
142 rapide + Sellick. Et du coup quelles sont les dernières recos ?

143 **MOI** [00:11:05] Elles datent de 2010. Et du coup, pour l'instant, malgré le
144 fait qu'elle soit décriée elle reste recommandée

145 **IADE** [00:11:24] Ah oui. Mais il y a peut-être aussi le développement
146 d'autres techniques comme l'utilisation euh, de gastrique ou d'écho. Après
147 une gastrique ce n'est pas agréable vigile... Et le problème, avec la Sellick,
148 tu risques une rupture de l'œsophage donc faut relâcher donc je pense que...
149 c'est ça qui joue dans les controverses je pense. Voilà

150 **MOI** [00:14:40] Ok super. Bah je n'ai plus de questions. Merci pour cet
151 entretien

1 **Annexe VI : Entretien n°5**

2 *IADE 4, Femme, 40 ans, 12ans d'expérience*

3 **MOI** [00:00:01] Bonjour, je suis Anne-Sophie Lory, étudiante infirmière
4 anesthésiste en deuxième année au CHU de Pontchaillou. Et du coup, je vais
5 vous poser quelques questions sur la pratique de la manœuvre de Sellick si
6 vous êtes d'accord.

7 **IADE** [00:00:24] Ok Pas de problème.

8

9 **MOI** [00:00:25] Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter en me
10 donnant votre âge, votre année de diplôme IADE et votre lieu de formation
11 ainsi que votre service d'exercice ?

12 **IADE** [00:00:36] Alors oui, moi je suis diplômée de R* en 2010, j'ai 40 ans.
13 Voilà. Donc ça fait, ça fait quasiment 13 ans que je suis IADE.

14 **MOI** [00:00:59] Très bien, merci. Et du coup, vous exercez où ?

15 **IADE** [00:01:04] J'exerce principalement aux blocs des urgences.

16 **MOI** [00:01:12] Et du coup, vous prenez aussi des gardes?

17 **IADE** [00:01:13] Oui, oui, je prends des gardes.

18 **MOI** [00:01:16] OK. Du coup, je vais commencer les premières questions.
19 Déjà, quelle vision avez-vous aujourd'hui, actuellement, de la manœuvre de
20 Sellick?

21 **IADE** [00:01:30] Alors pour moi, la manœuvre de Sellick c'est donc une
22 manœuvre qu'on met en pratique sur les estomacs pleins pour éviter un
23 risque d'inhalation. Donc, c'est une pression sur le cartilage cricoïde qui
24 permet d'éviter les reflux, euh, si le patient n'est pas à jeun. Après, c'est une
25 manœuvre qui, pour moi, est très compliquée à réaliser, pour lequel on n'a
26 pas été assez formé. Moi, personnellement, je l'ai vu juste à l'école et je n'ai
27 jamais eu de formation. Donc c'est compliqué à appliquer, avec des histoires
28 de pressions différentes. Avec euh, voilà, une pression avant que le patient
29 s'endorme et qui augmente une fois que le patient a perdu conscience, voilà.
30 Et une manœuvre qui en plus, peut être décriée dans le sens où, où elle peut
31 gêner pour l'intubation. Elle peut, apparemment, engendrer aussi des
32 vomissements. Euh, voilà, après, c'est une manœuvre qui reste, qui reste
33 quand même toujours recommandée, mais par contre de moins en moins
34 pratiquée.

35

36 **MOI** [00:02:58] OK et du coup? Est-ce que votre vision a évolué depuis que
37 vous êtes diplômé?

38 **IADE** [00:03:10] Alors oui, c'est vrai que c'est une manœuvre qui, quand
39 moi j'ai été diplômé, était vraiment appliquée pour tout estomac plein, pour
40 antécédent de bypass, pour les reflux, les hernies hiatales: enfin vraiment
41 beaucoup de...une...vraiment des patients bien étiquetés. Aujourd'hui c'est
42 vrai qu'on l'applique vraiment au cas par cas. On réfléchit bien à... Déjà, c'est
43 très médecin dépendant parce que c'est vrai que c'est lui qui choisit et, euh,
44 et vraiment sur des patients..., soit des grosses urgences, des gens qui
45 vomissent. Mais c'est beaucoup moins appliqué pour entre guillemets par
46 exemple, les bypass les choses comme ça, on l'applique plus en
47 systématique. Il y a d'autres techniques qui sont peut-être, pas forcément
48 plus fiables, mais qui bon, qui nous permettent de nous rassurer comme une
49 vidange gastrique avant ou il y a aussi l'échographie gastrique qui se
50 développe, donc ça par contre c'est les médecins qui le font. Mais mais voilà,
51 ça permet déjà de voir aussi la vacuité gastrique. Donc donc la question est
52 oui, la vision évolue, ma vision a évolué.

53

54 **MOI** [00:04:46] Et du coup, votre vision a évolué comment?

55 **IADE** [00:04:52] Alors ma vision a évolué, bah, je pense que du fait que les
56 médecins l'appliquent de moins en moins et que dans la littérature, on voit
57 beaucoup de papiers qui n'arrivent pas forcément à montrer l'efficacité de
58 cette manœuvre. C'est vrai que les médecins l'appliquent de moins en moins
59 et ne veulent plus l'appliquer. Bah nous, forcément, on est obligé de suivre
60 ce que disent les médecins. Et puis on lit aussi ces mêmes articles donc au
61 fur et à mesure on se rend compte que c'est pas si, si évident que ça que ce
62 soit une manœuvre protectrice, au contraire elle peut être délétère. Moi ça
63 m'est déjà arrivé d'être un peu gêné pour intuber lors de cette manœuvre et
64 de devoir demander au médecin de relâcher la pression. Donc même moi, je
65 me rends compte que ça peut être compliqué. Même si, même si je pense
66 qu'elle peut quand même être utile dans certains cas.

67

68 **MOI** [00:05:56] OK donc du coup vous avez lu dans la littérature des articles
69 qui, qui s'intéresse à la pratique de cette manœuvre-là?

70 **IADE** [00:06:08] Oui, oui, et assez récemment, il me semble l'année
71 dernière, il y a un article français sur une étude sur la manœuvre de Sellick
72 qui est paru et du coup qui en fait voulait montrer sa non supériorité par
73 rapport à l'absence de cette manœuvre. Alors malheureusement, ils n'ont pas
74 réussi à le démontrer. Donc voilà, ça reste encore, ça reste encore un peu...ça
75 pose encore question cette manœuvre-là, on ne sait pas, ce n'est pas clair
76 dans tous les textes. Il y a aussi beaucoup de textes qui montrent son
77 manque de formation, qui manque... qui montre un manque de formation
78 pratique, vraiment pratique pratique, pour bien apprendre à appliquer la
79 pression, ce qui est pas facile.

80

81 **MOI** [00:07:05] OK ouais, c'est vrai que c'est intéressant. J'ai lu ce fameux
82 article français et en effet je me base là-dessus pour pouvoir dire qu'elle est
83 encore dans les « starting blocks ». OK, et du coup en deuxième partie de
84 questions, est ce que, du coup vous, vous la pratiquez encore ou les médecins
85 la pratique quand vous êtes là, comment vous vous sentez lors de l'exécution
86 de cette manœuvre ?

87 **IADE** [00:07:42] Et bien moi, de toute façon, le patient... Enfin, le médecin
88 me dit de l'appliquer ou pas, si ce n'est pas moi qui suis à la tête. Mais après,
89 c'est vrai que c'est quand même beaucoup les médecins qui la pratiquent,
90 parce que nous, on est quand même plus souvent à l'intubation. Donc si par
91 contre, voilà,, il s'avère que c'est moi qui dois la pratiquer, c'est vrai que
92 souvent je me pose la question de me dire "les pressions est ce j'appuie pas
93 trop fort ou pas assez fort", tout en sachant que, c'est vrai que ce n'est pas
94 facile, parce que la première partie se fait sur un patient qui est vigile et du
95 coup, voilà pour lui ce n'est pas forcément agréable, ça peut en plus lui
96 provoquer des toux. Donc pas forcémentbon c'est vrai qu'on n'aime pas,
97 c'est comme les poses de sondes naso gastriques sur les patients conscients,
98 on n'aime pas forcément gêner les patients, mais là, c'est la pratique qui le
99 veut. Donc voilà, je le fais correctement. Enfin j'espère. Et puis, après avoir
100 voilà, j'augmente ma pression petit à petit, vraiment jusqu'au moment,
101 jusqu'au gonflage du ballonnet. Sauf s'il y a un vomissement actif ou si le
102 médecin est gêné et qui me demande de la relâcher. Mais en tout cas, voilà,
103 ça me pose pas de souci de la pratiquer.

104

105 **MOI** [00:09:00] Et du coup, dans votre pratique, est ce que vous le suggérez
106 au médecin quand vous avez un patient étiqueté estomac plein ?

107 **IADE** [00:09:10] Bah, comme je te disais tout à l'heure, maintenant c'est
108 vrai que les estomac pleins, c'est assez large et, et du coup, je ne vais pas le
109 suggérer pour un antécédent de bypass ou pour des RGO. C'est sûr que si j'ai
110 ce type de patient là, ça sera forcément une induction séquence rapide.
111 Après, je vais voir avec le médecin ce qu'il en pense. Je vais lui demander s'il
112 veut la faire, maintenant je ne vais pas aller lui suggérer. Par contre, sur
113 quelqu'un qui voilà...à qui on me transmet, qui vient juste de vomir, des
114 vomissements incoercibles ou quelqu'un de pas bien, ou un hémopéritoine,
115 ou peut-être même des hématémèses, enfin voilà vraiment des choses
116 comme ça où là, on est pas sûr... Alors il y aura toujours l'histoire de la sonde
117 gastrique, ça, c'est sûr que je la proposerai. Après, je demanderai, c'est
118 toujours pareil...par contre, là je... c'est vrai que je la suggèrerais quand
119 même, peut-être un peu plus au médecin. Mais non, ce ne sera pas.... En
120 tout cas c'est pas pour l'estomac plein entre guillemets « de base ».

121

122 **MOI** [00:10:26] OK. Et est-ce que c'est déjà arrivé de ne pas être en accord
123 avec un médecin sur cette manœuvre ?

124 **IADE** [00:10:38] Euh. Bah non, non, ça m'est jamais arrivé. Après, ça reste
125 un travail d'équipe donc on en discute en amont. Et puis on voit. Et puis enfin,
126 c'est vrai que ça m'est déjà arrivé, voilà, d'être à la tête sur une induction en
127 séquence rapide et puis voilà le médecin a fait une Sellick sans qu'on n'en
128 parle avant. Mais moi, ça ne m'a pas.... Voilà, j'ai fait mon geste sans souci.
129 Ça arrive, ça arrive quelques fois et puis voilà, c'est lui qui décide. C'est vrai
130 que c'était sur des patients qui, moi, je n'avais pas jugé bon de lui proposer.
131 Mais comme lui, je pense que c'est aussi un geste qui, pour les médecins,
132 peut rassurer. Voilà de dire qu'ils l'ont fait sur un estomac plein, antécédents
133 de RGO ou des choses comme ça. Donc des fois, ça les rassure de le faire.
134 Donc ils font une pression, pas forcément sûr qu'ils fassent une pression
135 suffisante, mais en tout cas, ils font un semblant de geste.

136

137 **MOI** [00:11:38] OK, mais du coup, ça ressort quand même beaucoup dans
138 les entretiens ces choses-là donc c'est intéressant. Du coup, on va passer à
139 la dernière partie de mon questionnaire. Du coup, est ce que vous voyez
140 appliquer souvent cette manœuvre quand cela est nécessaire ?

141 **IADE** [00:12:02] Euh, alors est ce que je la vois? En fait, on en revient
142 toujours au même c'est médecin dépendant. Donc ce sont les médecins qui
143 ont le dernier mot là-dessus. Donc c'est pareil. On sait que les médecins vont
144 vraiment apprécier cette technique et je pense... Des médecins peut être,
145 qu'ont un peu plus de bouteille, un peu plus d'expérience. Alors après, ça ne
146 veut pas dire que c'est eux qui ont raison, mais je pense que c'est l'habitude.
147 Ils ont appris comme ça, Ils ont l'habitude de faire comme ça. Ils ont peut
148 être pas eu de souci avec ou en tout cas avec cette manœuvre, donc ils
149 continuent à la faire. Et voilà. Par contre, c'est vrai que les jeunes médecins,
150 sincèrement là en réfléchissant, j'en connais pas... Je vois pas, euh, j'en vois
151 pas qui la font: il y en a un seul qui l'a fait parce que, pour voir travaillé avec
152 lui, il a eu un syndrome de Mendelson et du coup maintenant il la fait, limite
153 plus que de raison.

154

155 **MOI** [00:13:07] OK, d'accord. C'est sûr que c'est toujours quand il y a
156 quelque chose qui se passe mal, voilà, qu'on change un peu son fusil d'épaule.
157 OK, du coup, pour toi, qu'est ce qui rentre en jeu dans sa non application
158 malgré le fait que ça soit toujours recommandé ?

159 **IADE** [00:13:32] Alors...Et bien je pense qu'elle n'est pas appliqué parce
160 que, du fait de la littérature, du fait des controverses, du fait qu'on ne sait
161 pas si elle est efficace, du fait que... qu'elle peut gêner pour l'intubation,
162 qu'elle peut en plus engendrer, enfin si vraiment le patient vomit et qu'on la
163 fait mal, elle peut entraîner des ruptures de l'œsophage. Euh, ça, on sait que
164 forcément, ça ne va pas rentrer en jeu pour qu'elle soit appliquée. Et voilà,
165 c'est toujours pareil, le fait que les nouveaux médecins non plus ne la
166 pratiquent pas, bah, les gens avec qui ils tournent, en tout cas les IADE avec
167 qui ils tournent, vont perdre l'habitude de la pratiquer. Puis je pense qu'au

168 fur et à mesure, sauf si vraiment on arrive à prouver qu'elle a un effet positif
169 et non délétère, ce qui m'étonnerait, elle sera amenée tranquillement à pu
170 être pratiquée et à disparaître au fur et à mesure. Mais pour l'instant, elle est
171 dans les recommandations : une recommandation c'est bien de les suivre,
172 mais ce n'est pas une obligation. Après, je ne suis pas sûr que ce soit un
173 grade fort donc, donc voilà. Je pense que c'est ça qui peut entrer en jeu.

174

175 **MOI** [00:15:01] OK. Et du coup, est ce que vous, votre pratique a changé
176 sur cette manœuvre depuis que vous êtes diplômé ?

177 **IADE** [00:15:14] Alors je pense que je l'applique de moins en moins. Après,
178 je pense que je l'applique toujours pareil, mais bon, c'est pas... sans jamais
179 de nouvelles formation donc peut être que je l'applique mal mais que je ne le
180 sais pas, en tout cas on ne m'a jamais dit que je la faisais mal, avec les
181 médecins avec qui je travaille. Donc peut être que je n'applique pas les
182 bonnes pressions et que je le sais pas. Mais bon en tout cas la pratique, le
183 côté pratico pratique, je pense que je le fais toujours pareil. Maintenant, voilà,
184 c'est plus une question de....de moins l'appliquer comme on en
185 revient...parce qu'il y a de moins en moins de patients étiquetés vraiment
186 entre guillemets "à risque" et du coup on l'applique moins. Puis c'est aussi
187 pareil on l'applique moins parce ce que les médecins ne veulent pas
188 l'appliquer. Et puis, il y a aussi, je suis en train d'y penser, l'arrivée de.... le
189 Covid a fait qu'on a utilisé beaucoup de vidéo laryngo, et moi je trouve quand
190 même qu'on intube plus vite, forcément, parce qu'on est directement devant
191 la glotte. Et du coup, peut être que ça permettrait de faire une manœuvre
192 Sellick en étant moins gêné : je n'ai pas là, comme ça, le souvenir d'avoir fait
193 une manœuvre de Sellick sur un vidéolaryngo. Mais ça permettrait d'intuber
194 plus vite, ça c'est sûr. Et de protéger les voies aériennes supérieures
195 beaucoup plus rapidement et de ne plus avoir à la faire.

196

197 **MOI** [00:17:04] Ah oui, ok. Et du coup, vous n'avez jamais été reformé
198 depuis le diplôme sur cette manœuvre ?

199 **IADE** [00:17:09] Ah bah non, non, non, moi je n'ai pas été reformé. Donc
200 voilà, c'est ce que je te dis, je la fais comme je l'ai appris.

201

202 **MOI** [00:17:15] OK et juste la dernière question. Est-ce que tu as déjà des
203 difficultés dues à la manœuvre de Sellick ou même inhalations avec la
204 manœuvre de Sellick ?

205 **IADE** [00:17:26] Alors non, je n'ai pas eu d'inhalation avec la manœuvre de
206 Sellick : heureusement parce que là, du coup, je pense que je ne la ferais
207 plus. Mais sinon oui, oui, j'ai eu, oui, des trachées un peu déviées qui
208 nécessitaient en fait un relâchement, un léger relâchement, pas
209 complètement, de la part du médecin. Et c'est pareil, moi, quand je l'ai fait,

210 le médecin m'a aussi demandé plusieurs fois de relâcher. Mais après, c'est
211 pareil, on ne sait pas à combien on appui. Peut-être qu'on appui aussi trop
212 fort, donc c'est pour ça qu'on ne voit pas bien. Voilà, c'est toujours compliqué
213 de savoir si son geste est correct, et s'il n'y a pas aussi derrière un problème
214 de formation.

215

216 **MOI** [00:18:21] OK, c'est hyper intéressant. Est-ce que tu veux rajouter des
217 choses ?

218 **IADE** [00:18:29] Non, non, c'est un sujet qui est intéressant. On sait que
219 c'est un peu un sujet brûlant parce qu'il y a des médecins qui ne sont pas
220 forcément d'accord. Et c'est les nouvelles visions contre les anciennes. Après
221 voilà, nous, en tant qu'IADE malheureusement, on n'a pas trop notre mot à
222 dire et c'est le médecin qui décide. Et puis voilà. Je pense que c'est bien de
223 savoir la faire, parce qu'on peut être amené à la faire. Alors après, peut être
224 faudrait se poser la question sur le préhospitalier s'ils la font un peu plus.
225 Parce que voilà, des gens pris en urgence. Mais bon sinon, c'était intéressant.

226

227 **MOI** [00:19:12] OK en tout cas merci du temps que vous m'avez accordé.
228 Bon après-midi.

1 **Annexe VII : Entretien n°6**

2 *IADE 5, Homme, 37 ans, 4 ans d'expérience*

3

4 **MOI** [00:00:02] Peux-tu te présenter en me donnant ton âge, ton année de
5 diplôme IADE, ton lieu de formation ainsi que ton service d'exercice ?

6 **IADE** [00:00:28] Mais je suis diplômé depuis 2019. J'ai 37 ans, donc je
7 travaille surtout au service de chirurgie digestive et orthopédique donc plutôt
8 de la chirurgie générale on va dire, avec quelques gardes au bloc des
9 urgences et un peu de préhospitalier aussi au SAMU, au SMUR.

10

11 **MOI** [00:00:56] Et du coup, t'as été formé à l'école de R*?

12 **IADE** [00:00:59] Formation à l'école de R* et un parcours de SSPI avant la
13 formation d'IADE et de réanimation.

14

15 **MOI** [00:01:07] OK, super! Et du coup ma première question, quelle est la
16 vision que t'as de la manœuvre de Sellick tout simplement ?

17 **IADE** [00:01:17] Quelle vision! C'est intéressant de se poser la question.
18 C'est quelque chose qu'on a appris à l'école pour lequel on a été formé. On a
19 appris à réaliser cette manœuvre correctement et pourtant, du coup, c'était
20 en fait en pleine évolution pendant mes études d'IADE justement. Pour la
21 petite histoire, en 2017, j'ai assisté à une présentation à la SFAR pendant
22 mes études d'IADE qui parlait justement d'une étude qui venait de se
23 terminer, comme quoi, avec ou sans la manœuvre de Sellick il y avait à peu
24 près le même taux d'inhalation avec ou sans cette manœuvre et en plus ça
25 pouvait gêner la vision pour l'intubation, notamment dans les manœuvres de
26 séquence rapide. Donc cette manœuvre-là, elle est un peu soumise à
27 controverse il y a quelque..., et en fait ce qui en découle actuellement dans
28 la pratique, c'est que de toute façon, on est sous la responsabilité d'un MAR.
29 Donc finalement, c'est surtout à la décision du MAR avant tout. Et on peut
30 proposer ou pas la manœuvre de Sellick, poser la question de « est ce qu'on
31 réalise cette manœuvre de Sellick » puisqu'elle est toujours recommandée il
32 me semble. Donc si on veut suivre les vraies pratiques professionnelles qui
33 sont les recommandations, ce serait de réaliser cette manœuvre. Mais
34 beaucoup.... en fait, dans la pratique quotidienne, elle n'est quasiment plus
35 réalisée par la majorité des médecins anesthésistes en tout cas que je côtoie.
36 Elle est en voie de disparition, et du coup on l'utilise beaucoup moins.

37

38 **MOI** [00:03:29] c'est l'étude Iris, dont tu me parles? en 2022?

39 **IADE** [00:03:37] Moi, je suis resté sur celle de 2018, mais celle de 2022, je
40 n'en ai pas conscience. Je n'en ai pas connaissance.

41 **MOI** [00:03:44] OK. Et du coup, toi quand tu es sorti de l'école tu pensais
42 quoi de cette manœuvre ?

43 **IADE** [00:03:50] C'était le Gold standard qu'on m'avait appris, qu'on m'avait
44 inculqué à l'école d'IADE et du coup je devais mettre en pratique à chaque...
45 on apprend l'intubation en séquence rapide, c'est manœuvre de Sellick, Celo,
46 pas de morphiniques.

47

48 **MOI** [00:04:10] Elle était plus appliquée à l'époque ?

49 **IADE** [00:04:11] Elle l'était beaucoup plus quand même, mais de moins en
50 moins finalement, quand on réfléchit sur les années qui passent là. De moins
51 en moins utilisée, mais encore utilisée par certains. J'ai encore quelques
52 souvenirs qu'elle soit encore utilisée.

53

54 **MOI** [00:04:29] Mais plutôt des jeunes, des anciens MAR ?.

55 **IADE** [00:04:32] Dans les anesthésistes. Pas forcément des anciens, des
56 jeunes aussi. C'est l'occasion aussi de discuter et d'argumenter avec certains.
57 Certains jeunes font encore en disant vraiment quand le patient a un « vrai »
58 estomac plein. Par exemple, le syndrome occlusif pour lequel on va, pour
59 lequel on va aller faire une chirurgie au CUR par exemple, va vraiment faire
60 un appui. Ça rassure en disant que le contenu de l'œsophage va être
61 potentiellement maîtrisé dans cette séquence d'intubation, on sait qu'il y a
62 vraiment beaucoup de stress, un troisième secteur avec cette stase dans
63 l'estomac et du coup, je pense que c'est encore pratiqué et c'est argumenté.
64 Il y a un argumentaire derrière. En fait, toute technique me convient à partir
65 du moment où on me l'argumente et on fait un choix stratégique finalement.

66

67 **MOI** [00:05:32] Et c'est plus les médecins qui la font?

68 **IADE** [00:05:37] Mais bon, c'est vrai qu'on est plus amené à être à la tête
69 finalement qu'à réaliser cette manœuvre au quotidien aussi.

70

71 **MOI** [00:05:43] Et du coup si toi tu la réalises, comment tu te sens?

72 **IADE** [00:05:51] Franchement, après quelques années, à force de pas trop
73 la pratiquer, je pense qu'on est moins à l'aise. Ce fameux un kilos en
74 conscience et trois kilos une fois qu'il y a la perte de conscience, comment
75 juger avec ses doigts sur un vrai patient ? Je pense qu'on ne respecte pas
76 spécialement la règle... si on devait faire des mesures je pense que ce ne
77 serait pas...on ne serait pas à un et trois kilos. Donc je ne suis pas forcément
78 à l'aise avec cette technique-là. On essaye de la faire au mieux si elle est
79 demandée, mais c'est pas une manœuvre à laquelle on est reformé derrière
80 pour l'instant.

81 **MOI** [00:06:33] Oui, c'est ça. Hormis à l'école tu n'as pas eu de nouvelles
82 formations?.

83 **IADE** [00:06:35] Hormis à l'école, on a pas refait des tests sur des balances
84 ou des choses comme ça.

85

86 **MOI** [00:06:41] OK. Et est-ce que ça t'arrives de la suggérer au MAR?

87 **IADE** [00:06:47] C'est plutôt que le médecin qui la suggère. J'avoue que,
88 non, je ne la propose pas.

89

90 **MOI** [00:07:08] OK. Pour toi, pourquoi cette manœuvre est de moins en
91 moins appliquée ?

92 **IADE** [00:07:23] Pourquoi elle est moins appliquée? bah c'est par rapport à
93 ces études qui sont sorties, ces papiers qui sont sortis et qui montrent que
94 finalement il n'y a pas plus de risque d'inhalation. En fait, il n'y a pas de
95 bénéfices supplémentaires. En plus quand on commence sur un patient
96 conscient finalement on apporte de l'inconfort à un patient. Euh. Finalement,
97 est ce que cette manœuvre est justifiée alors que finalement les études
98 commencent à...montrent que finalement il n'y a pas de différence
99 significative entre....sur les taux d'inhalation de ces patients. S'il y avait un
100 truc que j'avais à l'esprit, c'était aussi gêner la vision. ça par contre c'est
101 souvent arrivé que, finalement, avec une manœuvre de Sellick, je suis obligé
102 de demander au médecin d'arrêter de faire la manœuvre pour avoir une
103 meilleure vision et mieux visualiser pour introduire la sonde dans la glotte.
104 C'est ce qui ressort dans les études finalement aussi. Mais ça, c'est plus un
105 vécu personnel où à plusieurs reprises il a fallu que je lui dise "ben non en
106 fait, appuie moins fort, ça va mieux m'aider". On a tendance à avoir un peu
107 les cordes vocales se tasser et finalement, ne plus avoir trop l'espace où
108 passer.

109

110 **MOI** [00:09:07] Oui, c'est un problème. OK et du coup hormis le problème
111 de vision, est ce que tu as déjà eu des soucis d'inhalation avec une Sellick?

112 **IADE** [00:09:24] Hum. Oui, avec Sellick. Alors c'était un estomac plein mais
113 en plus qui, à la séquence d'induction est passé directement en OAP, qui a
114 décompensé complètement sur le plan cardio et du coup, on avait de la
115 mousse partout. Je me rappelle cette situation-là, où clairement ça inhalait
116 et je voyais rien. C'est vrai que, se protéger de ces situations, quand on est
117 dans ce type de situation, c'est difficile de réagir. Enfin, c'est toujours
118 compliqué, il faut savoir surtout bien communiquer. Bien dire ce qu'on voit.
119 Et puis garder l'essentiel, essayer d'aspirer pour faciliter et protéger les voies
120 aériennes le plus rapidement possible et savoir laisser la main si on se
121 retrouve dans des situations compliquées : savoir dire "je suis au bout de
122 mes limites" pour apporter le bénéfice au patient pour autre chose.

123 **MOI** [00:10:42] OK, et comme tu m'as dit que tu travaillais au SAMU, est ce
124 que tu penses qu'elle est plus appliquée en préhospitalier ?

125 **IADE** [00:10:54] Euh oui, elle est plus appliquée, je pense en préhospitalier,
126 parce que c'est ... alors je ne maîtrise pas tout, toute la formation des
127 urgentistes, mais ils sont très très standardisés dans ces choses-là. Et moi
128 j'ai la sensation que c'est fait quasiment systématiquement, surtout chez des
129 gens qu'ont vraiment des troubles de la vigilance puisque en général, je vais
130 rentrer hors de la séquence intubation de l'arrêt cardio respiratoire où là
131 finalement le Sellick est pas forcément fait, mais sur toutes les autres
132 séquences d'intubation, les troubles de vigilance et tout ça, c'est vrai qu'il est
133 fait de façon assez systématique. Pour en revenir à ça, il y a peut-être aussi
134 probablement plus d'échecs d'intubation, mais bon ça ne peut pas s'expliquer
135 que par la manœuvre de Sellick, il y aussi l'organisation préhospitalière. On
136 n'est pas dans les bonnes conditions pour intuber un patient en général.

137

138 **MOI** [00:12:09] OK. Est-ce que pour toi, elle a un avenir ?

139 **IADE** [00:12:16] Mon avis personnel? C'est difficile d'avoir un avis personnel
140 sur une pratique professionnelle. Je pense que si la littérature nous permet
141 de... parce que finalement c'est juste les études qui vont montrer qu'elle a
142 un intérêt ou pas. Pour l'instant, les études qui sortent montrent qu'il n'y a
143 pas spécialement un intérêt. Donc je pense que ça va évoluer. On entend dire
144 que les recommandations sur cette séquence rapide en anesthésie vont
145 évoluer. Probablement qu'elle va disparaître des recommandations. Euh, je
146 lui garantit pas un avenir pour l'instant, au vu des études, pas un grand
147 avenir. Mais on ne sait jamais, parce que des fois on se rend compte que
148 finalement l'arrêt de certaines pratiques on soit obligé de les reprendre. Mais
149 pour l'instant, je pense qu'elle disparaîtra. Mais comme toute pratique, elles
150 évoluent donc ça peut disparaître. Et puis peut être revenir un autre jour, à
151 un autre moment.

152

153 **MOI** [00:13:33] et bien merci c'était très intéressant. Merci aussi pour le
154 temps accordé

1 **Annexe VIII : Entretien n°7**

2 *IADE 6, Femme, 37 ans, 4 ans d'expérience*

3

4 **MOI** [00:00:19] Peux-tu te présenter en me donnant ton âge, ton année de
5 diplôme IADE, ton lieu de formation ainsi que ton service d'exercice ?

6 **IADE** [00:00:44] OK. 33 ans, diplômé en 2019. Donc ça fait quatre ans.

7 **MOI** [00:00:50] OK. Et du coup tu as travaillé en clinique directement ?

8 **IADE** [00:00:54] Oui, que en clinique en tant qu'IADE

9

10 **MOI** [00:00:56] Ok ça marche. Et du coup, la première question c'est
11 aujourd'hui quelle est ta vision de la manœuvre de Sellick ?

12 **IADE** [00:01:07] Ma vision, c'est en pleine évolution. C'est ça qui me vient
13 à l'esprit en premier. Moi j'ai appris à l'école d'IADE que dans une Crush
14 Induction, c'était... Il fallait faire la manœuvre de Sellick. Oui, voilà, c'est les
15 recommandations et à l'heure actuelle, on voit que c'est en train de changer.
16 C'est surtout les MAR m'ont apporté cette nouvelle information. La première
17 fois que j'en ai entendu parler, c'est un MAR qui m'a dit "Bah non, je ne fais
18 pas la manœuvre parce que ça commence à être controversé ». Et du coup,
19 suite à ça, il s'avère que, oui, il y a eu plusieurs médecins qui m'ont donné
20 cette information-là. Et donc moi après j'ai été faire des recherches.
21 Effectivement, il y a des études qui ont l'air de dire que c'est plus forcément
22 recommandé, qu'il n'y a pas eu de preuve en fait comme quoi ça réduisait le
23 risque d'inhalation. Du coup, moi je ce que j'en dis maintenant, ouais c'est
24 en pleine évolution mais que ce n'est pas quelque chose forcément encore
25 d'acté j'ai l'impression, parce que ça dépend vraiment en fait des médecins
26 avec qui on travaille. Je pense c'est selon eux, leur vision des choses aussi,
27 leur connaissance sur le sujet et puis leur responsabilité. C'est en pleine
28 évolution, voilà ce que je peux dire.

29

30 **MOI** [00:02:48] Oui, oui, tout à fait. Et toi quand tu es sorti de l'école, c'était
31 quelque chose qui était plutôt appliqué de manière systématique ?

32 **IADE** [00:02:58] Oui. Oui, c'était appliqué. Ça a commencé, je dirais, à
33 changer j'avais peut-être un an et demi de DE. Du coup, je dirais que, oui,
34 ça a commencé à changer il y a deux ans et demi. C'est une pratique qui a
35 tendance à disparaître en guillemets parce que ça dépend vraiment des
36 médecins. Mais globalement, globalement quand même je dirais en tout cas
37 c'est le ressenti que j'en ai, c'est que je dirais il y a trois quarts maintenant
38 des médecins qui nous demandent de ne plus le faire.

39

40 **MOI** [00:03:33] D'accord. Et tu n'as pas remarqué si c'était plus des jeunes
41 ou plus des anciens qui te font cette demande ?

42 **IADE** [00:03:44] Honnêtement, non. Non je n'ai pas remarqué de différence
43 Mais c'est intéressant de savoir. Parce qu'on a tendance à dire que c'est les
44 jeunes médecins qui la font plus du tout, qui apportent les nouveautés. En
45 l'occurrence, moi je travaille avec des médecins près de la retraite, qui ne la
46 font plus.

47 **MOI** [00:04:12] D'accord, et en sens inverse des jeunes qui la font ?

48 **IADE** [00:04:20] Des jeunes qui la font? Je réfléchis mais non je ne vois pas.
49 Les jeunes sont au fait des nouveautés. Après, du coup, on commence quand
50 même à avoir pas mal de jeunes médecins. Donc je pense qu'ils apportent
51 aussi des nouvelles recommandations, de nouvelles informations aux plus
52 anciens. Je pense qu'ils communiquent quand même pas mal entre eux. Mais
53 en tout cas, entre jeunes ou anciens, je ne saurais pas te dire. Mais en tout
54 cas, c'est vrai que des jeunes qui la font encore, je n'ai pas vu.

55

56 **MOI** [00:05:16] OK, pas de problème. Du coup, est ce que toi tu es amené
57 à la faire ?

58 **IADE** [00:05:34] Et bien honnêtement, je n'ai jamais été amené à la faire.
59 Sur toutes les crush que j'ai fait, c'est moi qui prenais la tête. Du coup, c'est
60 le médecin qui faisait ou pas, moi je n'avais pas la question à me poser.

61

62 **MOI** [00:06:01] Et toi, si tu devais la faire, comment tu te sentirais?

63 **IADE** [00:06:14] Franchement, j'ai pas pratiqué. Donc je pense que je ne le
64 fais pas bien. Donc je ferai pour dire je la fais. Mais bon déjà l'école, c'est
65 resté un peu abstrait. Parce qu'on dit une force d'un kilo puis de trois kilos
66 après : c'est quelque chose qu'on ne peut même pas mesurer, dans notre
67 bras c'est pas facile. En plus, on n'a pas la pratique ni l'expérience. Moi, je
68 pense que je ne fais pas comme c'est dans les textes parce que je n'ai pas
69 l'habitude. Et après, si un médecin me demande de la faire, je vais quand
70 même voir avec lui, discuter avec lui si c'est vraiment nécessaire, rediscuter
71 des nouvelles études.

72

73 **MOI** [00:07:40] Et toi, tu es amenée à prendre en charge des urgences
74 digestives.

75 **IADE** [00:07:41] Oui.

76 **MOI** [00:07:41] Est ce que, du coup, tu la suggères au MAR dans le protocole
77 anesthésique?

78 **IADE** [00:07:45] Non, non non non. Parce que, ça y est, j'ai pris le pli en fait
79 de ne pas la faire.
80

81 **MOI** [00:08:25] Et tu sais pourquoi ?

82 **IADE** [00:08:25] C'est juste qu'on le voit une fois en première année. Et puis
83 après, comme tu dis, on ne la pratique pas. Peut-être que les plus anciens y
84 pensent plus facilement...Et après ici, on n'a pas de vrais estomacs pleins
85 comme à l'hôpital. C'est plus cadré
86

87 **MOI** [00:09:07] OK. Et du coup, est ce que tu penses que, hormis la
88 controverse dans la littérature, il y a d'autres causes qui fait qu'elle n'est plus
89 appliquée aujourd'hui ?

90 **IADE** [00:09:23] Honnêtement, je ne sais pas. J'en ai aucune idée. Moi, j'ai
91 juste entendu parler des études récentes.

92 **MOI** [00:09:39] Tu as déjà intubé avec un Sellick ?

93 **IADE** [00:09:46] ah oui. Effectivement, ça peut nous gâcher la vue plus
94 qu'autre chose. Parce que j'ai déjà vu des MAR qui, je pense voulaient faire
95 le Sellick, et finalement qui me disent, ça m'est déjà arrivé plusieurs fois
96 quand même, "bah attends tu veux que je relâche la pression". Parce que,
97 c'est que sûrement, c'est connu que ça doit gâcher un peu la vue. Parce que
98 si on appuie comme des bourrins sur la glotte, ça doit l'écraser. Mais le fait
99 que tu me poses la question, effectivement, j'ai déjà eu des MAR qui le disent
100 en fait quasiment d'entrée de jeu. Et effectivement pour l'avoir pratiqué,
101 quand ils relâchent la pression ça peut clairement améliorer la vision. Après
102 c'est toujours de savoir si la pression est trop forte
103

104 **MOI** [00:11:36] OK. Toi tu n'as pas été reformé depuis le diplôme ?

105 **IADE** [00:11:43] Non pas depuis l'école d'IADE.
106

107 **MOI** [00:11:46] OK et ben voilà. J'ai fait le tour de mes questions. Merci du
108 temps que tu m'as accordé.
109

Annexe IX : Grille d'analyse

- Entretien 1 (IADE 1, F, 35ans, 6 mois d'expérience, CHU)
- Entretien 2 (IADE 2, F, 35 ans, 2 ans d'expérience, Clinique)
- Entretien 3 (MAR 1, H, 30 ans d'expérience, CHU)
- Entretien 4 (IADE 3, H, 50 ans, 20 ans d'expérience, Clinique)
- Entretien 5 (IADE 4, F, 40 ans, 12 ans d'expérience, CHU)
- Entretien 6 (IADE 5, H, 37 ans, 4 ans d'expérience, CHU)
- Entretien 7 (IADE 6, F, 33 ans, 4 ans d'expérience, Clinique)

THEME : Représentations professionnelles	
<u>Sous-thèmes</u>	<u>Verbatims</u>
Pratique réservée aux plus anciens	<ul style="list-style-type: none"> • « ... C'est des anciens anesthésistes qui pratiquent ça » ligne (L) 35, « les nouvelles générations qui ne sont pas habituées à la faire, ne la reproduisent pas. Ce qui fait qu'à chaque sortie d'école, à chaque nouvel arrivant soignant dans l'anesthésie, il ne va pas la pratiquer et je pense que, de fil en aiguille » L56-59 « Après pour moi c'est les anciens qui la pratiquent et encore... » L90 ; « Plus ils rajeunissent, moins elle sera pratiquée » L 95 • "ce n'est pas tranché, genre les jeunes ou les vieux par exemple, la pratique" L119/120; « j'étais persuadé que c'était plus recommandé [...] qui est ce qui m'a dit ça? C'était un jeune c'est pour ça" L 205 • « Des médecins peut être, qu'ont un peu plus de bouteille, un peu plus d'expérience. Alors après, ça ne veut pas dire que c'est eux qui ont raison, mais je pense que c'est l'habitude. Ils ont appris comme ça, Ils ont l'habitude de faire comme ça. Ils ont peut être pas eu de souci avec ou en tout cas avec cette manœuvre, donc ils continuent à la faire. Et voilà. Par contre, c'est vrai que les jeunes médecins, sincèrement là en réfléchissant, j'en connais pas... » L144/150 ; « le fait que les nouveaux médecins non plus ne la pratiquent pas, bah, les gens avec qui ils tournent, en tout cas les IADE avec qui ils tournent, vont perdre l'habitude de la pratiquer » L165/167 • « Pas forcément des anciens, des jeunes aussi » L55/56 • « Parce qu'on a tendance à dire que c'est les jeunes médecins qui la font plus du tout, qui apportent les nouveautés » L43/44
Geste rassurant	<ul style="list-style-type: none"> • « c'est rassurant pour le praticien de se dire qu'il l'a fait" L117/118 ; « Réservé aux des gens qui ont connu des catastrophes, soit des stressés, des jeunes stressés" L 121/122 • « Ça me conforte plus que... j'aurais tendance à me dire : ça me sécurise mentalement » L53/54

	<ul style="list-style-type: none"> • « je pense que c'est aussi un geste qui, pour les médecins, peut rassurer » L131/132 ; « il y en a un seul qui l'a fait parce que, pour voir travaillé avec lui, il a eu un syndrome de Mendelson et du coup maintenant il la fait, limite plus que de raison ». L151/153 • « Ça rassure en disant que le contenu de l'œsophage va être potentiellement maîtrisé dans cette séquence d'intubation » L60/61
Décriée / controversée	<ul style="list-style-type: none"> • « tabou » L 22 • « Controversée » L9 ; « certains disent que ça complique l'intubation » L28/29 • « ceux et celles qui vont en formation, ceux et celles qui sortent des écoles, disent que les études sont assez controversées » L28/29 • « Et une manœuvre qui en plus, peut être décriée dans le sens où, où elle peut gêner pour l'intubation » L30/31 ; « elle peut être délétère » L62 ; « du fait des controverses » L 160 • « elle est un peu soumise à controverse » L26/27
Absence de critères d'efficacité ou de fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> • « Sans Sellick : je n'ai encore jamais eu, euh, d'inhalation ou de reflux ou de choses comme ça. Alors est-ce que le rapport bénéfice-risque au final » L70-71 ; « de ce que je vois moi en tout cas, alors soit je ne suis pas tombé sur des cas extrêmes mais j'ai quand même fait beaucoup de digestif, euh, où ils peuvent être en occlusion etc bah il se passe rien » L 120-123 • « ça ne doit pas être très efficace en fait » L47, L81 • « rien a prouvé que c'était efficace cette manœuvre » L27/28 ; « si jamais il y a un vomissement il faut la relâcher donc c'est un peu bizarre comme concept » L30/31 ; « Jamais validée scientifiquement on va dire ».L32 • « une manœuvre qui n'a pas prouvé son efficacité » L19/20 ; « je ne suis pas sûr que ce soit si fiable que ça. » L54/55 • « du fait qu'on ne sait pas si elle est efficace » L160/161 • « il n'y a pas eu de preuve en fait comme quoi ça réduisait le risque d'inhalation » L22/23
Amenée à disparaître	<ul style="list-style-type: none"> • « on en va arriver à ne plus du tout la faire » L59 • « la tendance est de l'abandonnée » L10 « ça va être abandonné dans les 5 ou 10 ans qui viennent. » L 97/98 • « Tendance à disparaître progressivement » L18/19 • « de moins en moins pratiquée » L33/34 ; « elle sera amenée tranquillement a pu être pratiquée et à disparaître au fur et à mesure ». L169/170 • « Elle est en voie de disparition » L36 ; « Probablement qu'elle va disparaître des

	<p>recommandations. Euh, je lui garantit pas un avenir pour l'instant, au vu des études, pas un grand avenir. » L145/147</p> <ul style="list-style-type: none"> • « C'est une pratique qui a tendance à disparaître » L34/35
Application sur des critères très précis	<ul style="list-style-type: none"> • « je ne suis pas tombé sur des cas extrêmes » L119 • "le tableau est vraiment pourri : quelqu'un qui a fait que de vomir, qu'on prend en urgence, qui ne fait que de vomir mais tout le temps, limite qui vomit devant nous" L133/135 • « le patient "vomisseurs" ou alors celui qui a l'occlusion majeure : je fais attention ».L 25/26 • « Elle est jeune, elle n'a pas forcément de risque » L43 ; « sur des indications très restreint » L72/73 ; « les indications ont été réduites » L 115/116 • « Aujourd'hui c'est vrai qu'on l'applique vraiment au cas par cas ». L42 ; « soit des grosses urgences, des gens qui vomissent » L 44/45 ; « je pense qu'elle peut quand même être utile dans certains cas. » L65/66 ; « c'est pas pour l'estomac plein entre guillemets « de base » ». L120 • « quand le patient a un « vrai » estomac plein. » L57/58 • « on n'a pas de vrais estomacs pleins comme à l'hôpital. C'est plus cadré » L84/85

THEME : Identité professionnelle	
<u>Sous-thèmes</u>	<u>Verbatims</u>
Construction de l'identité par la pratique, les habitudes	<ul style="list-style-type: none"> • « ca ne me vient même pas à l'idée » « ca vient jamais dans ma tête » L 45/46 ; « je n'ai vu aucune personne le faire, aucune » L 81/82 ; « ce n'est même pas qu'on veut pas, je pense qu'on sait pas » L 127/128 • "D'instinct j'y aurait peut être même pas pensé effectivement" L125 • « le fait que les nouveaux médecins non plus ne la pratiquent pas, bah, les gens avec qui ils tournent, en tout cas les IADE avec qui ils tournent, vont perdre l'habitude de la pratiquer » L165/167 ; « en tout cas on ne m'a jamais dit que je la faisais mal, avec les médecins avec qui je travaille » L180/181 • « J'avoue que, non, je ne la propose pas. » L87/88 • « moi je n'avais pas la question à me poser. » L60 ; « Parce que, ça y est, j'ai pris le pli en fait de ne pas la faire. » L78/79
Construction de l'identité sur la	<p><u>Littérature</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • « Et dans la littérature, je sais pas, s'ils disent qu'au final il y a un intérêt... je sais pas moi, sur

littérature et les recommandations	<p>100 Sellick euh est-ce que il y a une nécessité de la faire sur ces 100 patients je suis pas sûr » L85</p> <ul style="list-style-type: none"> • « on lit aussi ces mêmes articles donc au fur et à mesure on se rend compte que c'est pas si, si évident que ça que ce soit une manœuvre protectrice, au contraire elle peut être délétère » L60/62 ; « ça pose encore question cette manœuvre-là, on ne sait pas, ce n'est pas clair dans tous les textes » L75/76 ; « du fait de la littérature » L160 • « en 2017, j'ai assisté à une présentation à la SFAR pendant mes études d'IADE qui parlait justement d'une étude qui venait de se terminer, comme quoi, avec ou sans la manœuvre de Sellick il y avait à peu près le même taux d'inhalation avec ou sans cette manœuvre » L21/24 ; « ces études qui sont sorties, ces papiers qui sont sortis et qui montrent que finalement il n'y a pas plus de risque d'inhaler » L93/94 ; « Je pense que si la littérature nous permet de... parce que finalement c'est juste les études qui vont montrer qu'elle a un intérêt ou pas. Pour l'instant, les études qui sortent montrent qu'il n'y a pas spécialement un intérêt ». L140/143 • « Et donc moi après j'ai été faire des recherches. » L20 <p><u>Recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • « Une recommandation n'est pas une obligation » L74-75 ; « c'est pas genre une obligation » L115 ; « on est pas obligé de le faire donc en fait si on peut s'en passer ben on le fait pas » L 117/118 • "Il me semblait qu'il était plus recommandé". L4; "tu as les médecins qui collent parfaitement aux reco et ceux qui n'y sont pas complètement" L129/130 • « c'est pas opposable si on a... sur une inhalation c'est pas, je pense que c'est pas opposable médico légalement » L48/50 • « c'est une manœuvre qui reste, qui reste quand même toujours recommandée » L32/33 ; « Mais pour l'instant, elle est dans les recommandations : une recommandation c'est bien de les suivre, mais ce n'est pas une obligation. Après, je ne suis pas sûr que ce soit un grade fort donc » L170/173 • « puisqu'elle est toujours recommandée il me semble. Donc si on veut suivre les vraies pratiques professionnelles qui sont les
------------------------------------	---

	recommandations, ce serait de réaliser cette manœuvre » L31/33
Impact dans le binôme MAR / IADE	<ul style="list-style-type: none"> • « je me réfère au médecin très simplement. C'est à dire que si je lui demande "tu veux un Sellick?", il dit oui, non, et je fais comme il veut. Mais est ce que...mais si moi je choisissais vraiment, je pense qu'effectivement je le ferais pas, je pense" L59/62 ; « je le propose en systématique, systématiquement » L69 ; "Je pense que j'ai du faire une de mes premières gardes avec lui. Et je pense que c'est comme ça que j'ai appris à faire c'est manoeuvre." L 123/124; « quand tu es persuadé que ça fonctionne, tu l'imposes un petit peu à ton médecin aussi parce que c'est un partenariat" L152/153 • « à la demande d'un médecin anesthésiste » L48 ; « on est d'accord c'est avec l'accord du MAR ». L55 ; « je lui dis éventuellement on peut faire une séquence rapide avec un Sellick. Ouais absolument. Et puis lui, lui il tranche sur la partie Sellick ou pas ». L63/65 ; « J'aurais tendance à dire... À proposer la séquence rapide avec le Sellick » L 75/76 • « C'est très médecin dépendant parce que c'est vrai que c'est lui qui choisit » L43 ; « le médecin me dit de l'appliquer ou pas » L87/88 ; « je vais voir avec le médecin ce qu'il en pense. Je vais lui demander s'il veut la faire, maintenant je ne vais pas aller lui suggérer ». L111/112 ; « Après, ça reste un travail d'équipe donc on en discute en amont » L124/125 • « on est sous la responsabilité d'un MAR. Donc finalement, c'est surtout à la décision du MAR avant tout » L28/29 ; « C'est l'occasion aussi de discuter et d'argumenter avec certains ». L56 • « C'est surtout les MAR m'ont apporté cette nouvelle information. La première fois que j'en ai entendu parler, c'est un MAR qui m'a dit "Bah non, je ne fais pas la manœuvre parce que ça commence à être controversé ». Et du coup, suite à ça, il s'avère que, oui, il y a eu plusieurs médecins qui m'ont donné cette information-là ». L16/20 ; « ça dépend vraiment en fait des médecins avec qui on travaille. Je pense c'est selon eux, leur vision des choses aussi, leur connaissance sur le sujet et puis leur responsabilité » L25/27 ; « il y a trois quarts maintenant des médecins qui nous demandent de ne plus le faire ». L37/38 ; « on commence quand même à avoir pas mal de jeunes

	<p>médecins. Donc je pense qu'ils apportent aussi des nouvelles recommandations, de nouvelles informations aux plus anciens. Je pense qu'ils communiquent quand même pas mal entre eux » L49/52 ; « Et après, si un médecin me demande de la faire, je vais quand même voir avec lui, discuter avec lui si c'est vraiment nécessaire, rediscuter des nouvelles études ». L69/71</p>
Identité mise à mal	<ul style="list-style-type: none"> • "tu vois, nous on les écoute" L12; "J'ai proposé d'enlever la gastrique pour l'induction, tu sais? Parce que, voilà, ils ont pas voulu" L 211 • « je lui dirais "Je préférerais qu'on fasse le Sellick" après, tu sais bien ce qu'il en est, s'il ne veut pas, il ne veut pas » L71/72 • « les médecins l'appliquent de moins en moins et ne veulent plus l'appliquer. Bah nous, forcément, on est obligé de suivre ce que disent les médecins ».L58-60 ; « ce sont les médecins qui ont le dernier mot là-dessus » L142/143 ; « on l'applique moins parce ce que les médecins ne veulent pas l'appliquer » L187/188 ; « en tant qu'IADE malheureusement, on n'a pas trop notre mot à dire et c'est le médecin qui décide » L212/222

THEME : Évolution de la pratique	
<u>Sous-thèmes</u>	<u>Verbatims</u>
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> • « une manoeuvre très importante et difficile à faire" L74 • « Avant je le faisais systématiquement mais depuis, je dirais, 3-4ans c'est pas systématique ». L 20/23 ; « au depart, c'était une proposition. Après, c'est devenu une recommandation et maintenant c'est très décrié » L112/113 • « c'est vrai que c'est une manoeuvre qui, quand moi j'ai été diplômé, était vraiment appliquée pour tout estomac plein, pour antécédent de bypass, pour les reflux, les hernies hiatales: enfin vraiment beaucoup de...une...vraiment des patients bien étiquetés. Aujourd'hui c'est vrai qu'on l'applique vraiment au cas par cas ». L38/42 ; « Alors je pense que je l'applique de moins en moins » L177 • « et du coup on l'utilise beaucoup moins » L36 ; « C'était le Gold standard qu'on m'avait appris » L43 ; « De moins en moins utilisée, mais encore utilisée par certains. J'ai encore quelques souvenirs qu'elles soient encore utilisés » L50/53 ; « Mais on ne sait jamais, parce que des fois on se rend compte que finalement l'arrêt de certaines pratiques on soit obligé de les reprendre. Mais pour

	<p>l'instant, je pense qu'elle disparaîtra. Mais comme toute pratique, elles évoluent donc ça peut disparaître. Et puis peut être revenir un autre jour, à un autre moment » L145/149</p> <ul style="list-style-type: none"> • « on voit que c'est en train de changer ». L15 ; « Oui, c'était appliqué. Ça a commencé, je dirais, à changer j'avais peut-être un an et demi de DE. Du coup, je dirais que, oui, ça a commencé à changer il y a deux ans et demi ».L32/34
Patient vigile	<ul style="list-style-type: none"> • « ça peut faire peur aux patients d'aller faire une pression même si on l'explique calmement. Peut-être que ça peut être un geste qui impressionne le patient » L66/68 • "c'est pas confortable pour... au moment de l'endormissement aussi pour le patient, parce qu'on lui dit qu'on va appuyer un petit peu... Alors tu sais t'appuies un petit peu quand il commence à s'endormir et un peu plus après" L107/110; "Clairement pas assez fort, notamment dans la première partie où le patient commence à dormir, j'arrive pas en fait, je le gêne, je gêne le patient L162/163 • « Et je pense que le fait de l'exercer sur quelqu'un qui est conscient ce n'est pas spécialement agréable » L97/98 • « la première partie se fait sur un patient qui est vigile et du coup, voilà pour lui ce n'est pas forcément agréable, ça peut en plus lui provoquer des toux. Donc pas forcémentbon c'est vrai qu'on n'aime pas, c'est comme les poses de sondes naso gastriques sur les patients conscients, on n'aime pas forcément gêner les patients » L94/98 • « En plus quand on commence sur un patient conscient finalement on apporte de l'inconfort à un patient » L95/96
Manque de formation initiale et continue	<ul style="list-style-type: none"> • « Ne sait pas la pratiquer » L26 ; « c'est un geste qui du coup qui fait peur euh parce qu'on ne sait pas le pratiquer » L26 ; « Manque de « savoir faire » » L 55 ; « Et en sachant que l'IADE c'est toujours quasiment lui, ou elle, qui intube : donc dans tous les cas l'IADE va être encore moins expérimenté sur cette manœuvre » L95/97 ; « En plus, on te l'apprend une fois à l'école et voilà » L 80 ; « si tu l'apprends pas déjà de base quand t'es à l'école, bah c'est encore plus complexe de la mettre en place derrière » L108-110 ; « si on nous l'apprend pas déjà à l'école et qu'on ne la voit pas, bah on la fera pas en fait on la fera pas plus tard » L11/112 ; « dans un CHU on apprend beaucoup, il y a beaucoup d'étudiants, et euh, allez faire des manœuvres de Sellick avec (toux) des étudiants à

	<p>côté où on a déjà pas beaucoup confiance parce que souvent c'est ça le statut qu'on a euh, c'est pas évident de trouver sa place déjà à faire des gestes techniques, euh, mais je pense que si en plus de ça on doit faire » L102-106 ; « tant que t'es pas IADE on te laissera pas la faire » L107/108</p> <ul style="list-style-type: none"> • « on est pas forcément formé. On apprend sur le tas quoi.”L 94 • « très compliquée à réaliser, pour lequel on n'a pas été assez formé. Moi, personnellement, je l'ai vu juste à l'école et je n'ai jamais eu de formation » L 27/27 • « on le voit une fois en première année » L82 <p><u>Manque de formation continue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Alors jamais” L147 • « je suis pas persuadé que les gens sachent [...] comment on fait une manœuvre de Sellick. » L87/88 • « Parce sois mal faite » L22 ; « moi je ne suis plus dans la théorie » L27 ; « Avec une histoire des newtons, une histoire de la pression, l'endroit de la pression, la manière dont on relâchait par rapport au fait que le ballonnet n'était pas forcément gonflé »L31/34 ; « Pas du tout, jamais » L122 ; « Oui, comme je l'ai appris il y a de nombreuses années » L124 • « Il y a aussi beaucoup de textes qui montrent son manque de formation, qui manque... qui montre un manque de formation pratique, vraiment pratique, pour bien apprendre à appliquer la pression, ce qui est pas facile » L76/79 ; « sans jamais de nouvelles formation donc peut être que je l'applique mal mais que je ne le sais pas » L178/180 ; « moi je n'ai pas été reformé. Donc voilà, c'est ce que je te dis, je la fais comme je l'ai appris » L199/200 ; « Voilà, c'est toujours compliqué de savoir si son geste est correct, et s'il n'y a pas aussi derrière un problème de formation » L212/214 • « à force de pas trop la pratiquer, je pense qu'on est moins à l'aise » L72/73 ; « c'est pas une manœuvre à laquelle on est reformé » L79
Manque de connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • « en écrasant la trachée, on est forcément obligé de relâcher un petit peu” L91/92; « je ne sais plus combien il fallait comme force” L96; “t'es censé écraser la trachée” L196; • « Alors je crois, tu vas me dire, mais c'est 40 newtons ? » L84 ; « on a tendance à exercer la pression quand il commence à fasciculer, ce qui est un peu tard. » L109/110

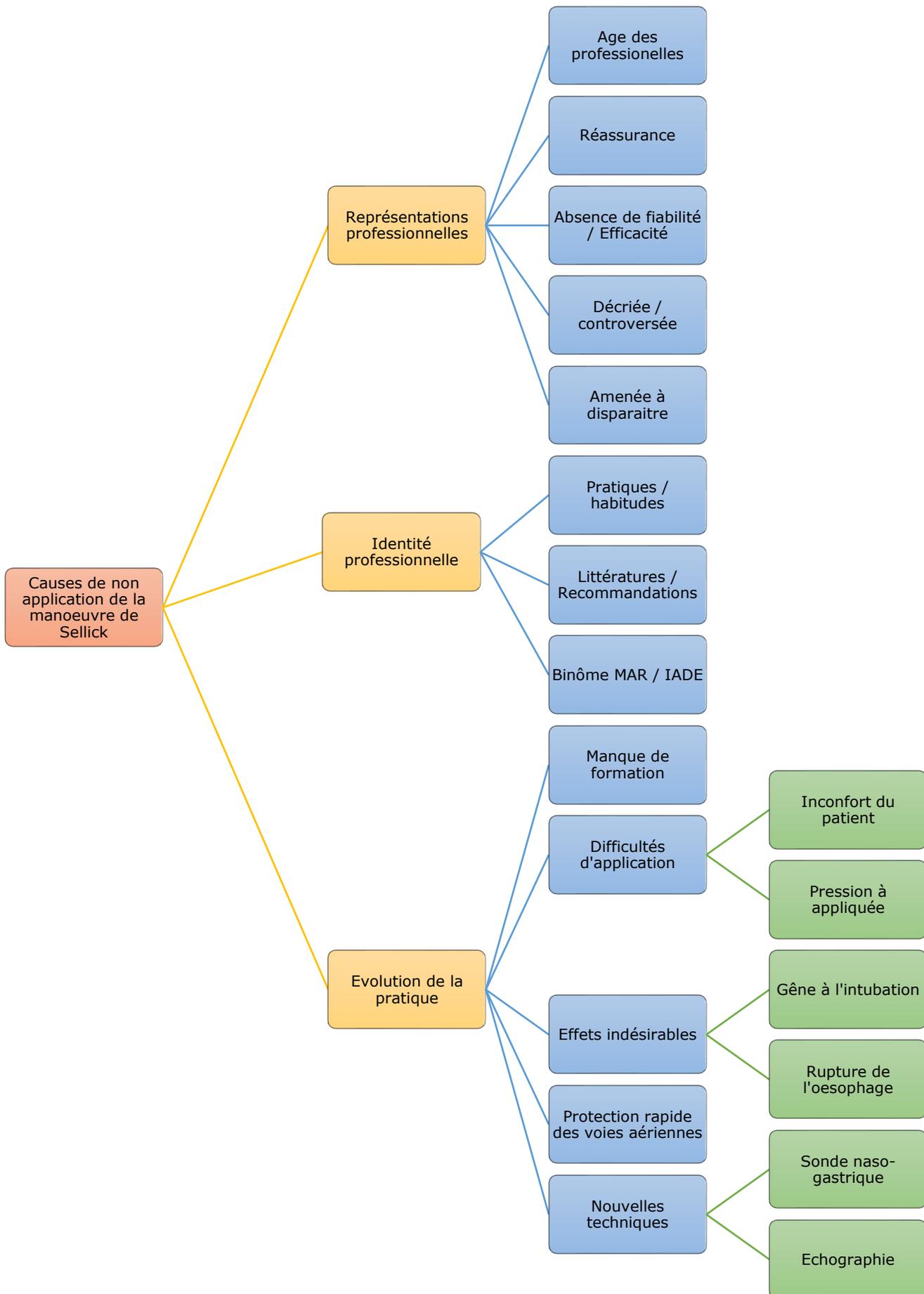
<p>Difficulté d'application des pressions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « une pression qu'on ne maîtrise même pas forcément : on te dit une pression de 10 Newton et 30 Newton ça équivaut à 3 kilos et un kilo mais en fait on ne sait pas vraiment, euh, si on le fait bien » L61/64 • « Moi, j'ai quand même ce souvenir du TP de l'école, en fait, où en fait je m'étais dit punaise, mais faut mettre une force... Mais complètement dingue quand il mesurait la force pour qu'elle soit dans les clous. Et jamais tu vas appuyer comme ça sur sur une trachée. Je ne le vois pas. Il aurait fallu que déjà il faut que le patient soit plus bas que toi pour que tu es plus de force. Et puis vraiment, jamais j'appuie comme ça et jamais on n'a appuyé comme ça on le voit bien" L 49/55; "le mannequin était vraiment en dessous de nous. Donc en fait, tu peux mettre plus facilement ta force pour appuyer alors que souvent l'intubation on s'installe relativement haut, même si c'est pas toi qui intube, t'es à côté en fait de la patiente et t'as le bras relevé. Donc en plus je pense que physiologiquement tu ne vas pas pouvoir mettre autant de force" L98/102 ; « je vois pas comment en appuyant vraiment très fort, donc en écrasant la trachée, on est forcément obligé de relâcher un petit peu pour pouvoir laisser passer la sonde" L91/93 • « Avec une histoire des newtons, une histoire de la pression, l'endroit de la pression,» L31/32 ; « C'est à mon avis plutôt dans la manière de la réviser, sur l'histoire de pression dont je te parlais » L83 ; "Donc probablement, comme je disais, problème de bonne réalisation, juste" L 96/97; "je pense que c'est juste une histoire d'application des bonnes pressions." L99/100 • « Donc c'est compliqué à appliquer, avec des histoires de pressions différentes. Avec euh, voilà, une pression avant que le patient s'endorme et qui augmente une fois que le patient a perdu conscience, voilà » L27-29 ; « je me pose la question de me dire "les pressions est ce j'appuie pas trop fort ou pas assez fort" L92/93 ; « je le fais correctement. Enfin j'espère » L99 ; « peut être que je n'applique pas les bonnes pressions et que je le sais pas » L181/182 ; « on ne sait pas à combien on appui Peut être qu'on appui aussi trop fort, donc c'est pour ça qu'on ne voit pas bien » L211/212 • « Ce fameux un kilos en conscience et trois kilos une fois qu'il y a la perte de conscience, comment juger avec ses doigts sur un vrai patient? Je pense qu'on respecte pas spécialement la règle... si on devait faire des mesures je pense que ce ne serait pas...on ne serait pas à un et trois kilos » L73/77
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • « Parce qu'on dit une force d'un kilo puis de trois kilos après : c'est quelque chose qu'on ne peut même pas mesurer, dans notre bras c'est pas facile » L65/67
Effets indésirables / risque	<ul style="list-style-type: none"> • « Va peut-être nous gêner au final pour l'intubation. » L 30/31 ; « il peut être gênant pour l'intubation. Euh déjà quand on fait un BURP c'est gênant parfois, donc euh, imagine une Sellick. » ligne 77-79 • « J'ai aussi déjà été gêné par par le Sellick que pour l'intubation" L 55/56; « peut être mieux ne pas le faire et pas gêner justement la personne qui intube" L78; "j'ai été déjà vraiment gêné en essayant de passer quand même la sonde en ayant l'appui" L 81/82 ; "ca devait complètement" L83 ; j'ai été franchement gêné par le Sellick L190 • « on relâche la manœuvre pour améliorer, pour intuber » L55/56. • « je sais qu'il faut relâcher souvent la pression pour intuber » L130/131 ; « tu risques une rupture de l'œsophage donc faut relâcher » L 148 • « Et une manœuvre qui en plus, peut être décriée dans le sens où, où elle peut gêner pour l'intubation. Elle peut, apparemment, engendrer aussi des vomissements » L30/32 ; « Moi ça m'est déjà arrivé d'être un peu gêné pour intuber lors de cette manœuvre et de devoir demander au médecin de relâcher la pression » L62/64 ; « ils font une pression, pas forcément sûr qu'ils fassent une pression suffisante, mais en tout cas, ils font un semblant de geste » L134/135 ; « du fait que.... qu'elle peut gêner pour l'intubation, qu'elle peut en plus engendrer, enfin si vraiment le patient vomit et qu'on la fait mal, elle peut entraîner des ruptures de l'œsophage » L161/163 • « ça pouvait gêner la vision pour l'intubation » L24/25 ; « S'il y avait un truc que j'avais à l'esprit, c'était aussi gêner la vision. ça par contre c'est souvent arrivé que, finalement, avec une manœuvre de Sellick, je sois obligé de demander au médecin d'arrêter de faire la manœuvre pour avoir une meilleure vision et mieux visualiser pour introduire la sonde dans la glotte. C'est ce qui ressort dans les études finalement aussi. Mais ça, c'est plus un vécu personnel où à plusieurs reprises il a fallu que je lui dise "ben non en fait, appuie moins fort, ca va mieux m'aider". On a tendance à avoir un peu les cordes vocales se tasser et finalement, ne plus avoir trop l'espace où passer » L100/108 ; « il y a peut-être aussi probablement plus d'échecs d'intubation » L133/134

	<ul style="list-style-type: none"> • « Effectivement, ça peut nous gêner la vue plus qu'autre chose. Parce que j'ai déjà vu des MAR qui, je pense voulaient faire le Sellick, et finalement qui me disent, ça m'est déjà arrivé plusieurs fois quand même, "bah attends tu veux que je relâche la pression" » L93/96
Rapidité d'intubation	<ul style="list-style-type: none"> • « On préfère limite, j'ai envie de dire, ne pas le pratiquer et intuber plus rapidement » ligne 29 • « il y a la performance supérieure des vidéo laryngoscope par rapport aux laryngoscopes et donc intubation plus rapide » L100/101 • « Il y a aussi l'idée de la rapidité...je sais pas...C'est sûr que la rapidité d'exécution fait que tu es content parce que c'est protégé rapidement. » L100/102 ; « Je pense qu'un geste rapide d'exécution, alors c'est ma théorie, peut-être à mon avis une priorité sur beaucoup de petits détails qui prennent pas mal de temps » L107/109 • « on a utilisé beaucoup de vidéo laryngo, et moi je trouve quand même qu'on intube plus vite, forcément, parce qu'on est directement devant la glotte. Et du coup, peut être que ça permettrait de faire une manœuvre Sellick en étant moins gêné : je n'ai pas là, comme ça, le souvenir d'avoir fait une manœuvre de Sellick sur un vidéolaryngo. Mais ça permettrait d'intuber plus vite, ça c'est sûr. Et de protéger les voies aériennes supérieures beaucoup plus rapidement et de ne plus avoir à la faire » L189/195
Autres moyens	<ul style="list-style-type: none"> • « A la limite mettre une gastrique avant quoi, voilà tu peux trouver d'autres solutions que de passer par la Sellick dès le départ » L 123/124 • SNG et écho : « je pense que ça c'est supérieur en termes de gestion du risque par rapport au Sellick » L70/71 ; « Après sur l'estomac plein en fait, enfin moi je trouve que ce qui est oublié actuellement, c'est l'intérêt de mettre une sonde gastrique. Je pense que quand même ça vaut le coup de vider l'estomac quand on sait qu'on a un estomac plein » L 63/66 ; « c'est l'échographie gastrique qui permet de voir et d'étudier, ou pas, la vacuité gastrique et la présence d'éléments solides qui, quand même, peuvent compliquer la chose en cas de régurgitations ou vomissements » L67/69 • « Mais il y a peut-être aussi le développement d'autres techniques comme l'utilisation euh, de gastrique ou d'écho » L145/146 • « Il y a d'autres techniques qui sont peut-être, pas forcément plus fiables, mais qui bon, qui nous permettent de nous rassurer comme une vidange

	gastrique avant ou il y a aussi l'échographie gastrique qui se développe » L47/50 ; « Alors il y aura toujours l'histoire de la sonde gastrique » L116/117
--	--

Annexe X : Arbre thématique



RÉSUMÉ

L'évolution d'une pratique professionnelle est inéluctable. Dans le cas de la manœuvre de Sellick, son application n'est plus systématique depuis quelques années malgré les recommandations actuelles. L'objectif de ce travail était de comprendre le rôle des représentations sociales et de l'identité professionnelle dans l'évolution de cette technique.

A partir d'une situation vécue, une problématique et des hypothèses ont été posées. Un cadre conceptuel a été établi et une grille d'entretien en lien a été créée. La réalisation des entretiens semi-directifs, de fin Mars à mi-avril 2023, s'est faite dans deux établissements de santé différents. Au total, sept professionnels médicaux et paramédicaux ont été interrogés. L'analyse des données récoltées s'est faite de manière thématique et inductive à l'aide d'une grille d'analyse.

Il ressort que les professionnels ont des représentations majoritairement négatives au sujet de la pression cricoïdienne. Celles-ci peuvent être à l'origine de sa non application. Le manque de pratique par certains professionnels interrogés et le choix de la stratégie d'anesthésie imposé par les médecins rend difficile la mise en lien entre identité professionnelle et manœuvre de Sellick.

L'évolution de la pratique est donc certaine mais elle peut également être expliquée par d'autres facteurs comme un manque de formation et l'arrivée de nouvelles technologies.

Mots clefs : Manœuvre de Sellick ; Pratiques professionnelles ; Evolution ; Identité professionnelle ; Représentations professionnelles.