



L'adaptation, une compétence IADE ?

Rose Nagels sous la direction de Marc Jeffroy

ECOLE IADE - PFPS - CHU DE RENNES
Promotion 2021-2023

Soutenance : 29/06/23





L'adaptation, une compétence IADE ?

Rose Nagels sous la direction de Marc Jeffroy

ECOLE IADE - PFPS - CHU DE RENNES
Promotion 2021-2023

Soutenance : 29/06/23



Remerciements

A Marc Jeoffroy, mon directeur de mémoire,

Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils qui m'ont permis de construire ce travail.

Aux professionnels infirmiers anesthésistes,

Merci d'avoir partagé avec moi vos expériences et vos doutes, ils ont fait grandir ma réflexion.

A Maël, mon conjoint,

Merci pour ta patience et ton soutien constant durant ces deux années.

A ma famille,

Merci pour vos relectures attentives et constructives ainsi que vos encouragements.

A ma promotion,

Merci pour la cohésion indéfectible dont nous avons fait preuve pendant deux ans.

GLOSSAIRE

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

BIS : Index Bispectral

CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CUR : Centre d'Urgence et de Réanimation

ECTS : *European Credit Transfert System*

EEG : Électroencéphalogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire diplômée d'État

IOM : *Institute of Medicine*

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MAC : *Minimum Alveolar Concentration*

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

NIRS : *Near-Infrared Spectroscopy*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SNDS : Système National des Données de Santé

SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

SOMMAIRE

1. Introduction	8
1.1 Naissance d'une réflexion	8
1.2 Situation de départ de questionnement	9
1.2.1 Situation d'appel	9
1.2.2 Questionnement	10
1.2.3 Échanges informels	11
1.3 Question de départ et hypothèses	11
2. Cadre contextuel	12
2.1. La formation initiale	12
2.2 Le champ de compétence IADE	13
2.3 L'IADE dans une équipe pluridisciplinaire	14
2.4 La formation continue	15
3. Cadre conceptuel	17
3.1 Le changement	17
3.1.1 Un processus complexe	17
3.1.2 Les cinq étapes du changement	20
3.2 L'adaptation	25
3.2.1 Histoire conceptuelle	25
3.2.2 Les différents usages de la notion d'adaptation	26
3.3 La qualité des soins	29
3.3.1 Définitions	29
3.3.1 La mesurer pour l'améliorer	31
3.3.2 Les outils de mesure	32
3.3.3 La démarche qualité	33
3.3.4 Application au monde la santé	33
3.3.5 Démarche qualité et accréditation	34
4. Méthodologie de recherche	35
4.1 Pré-enquête	35
4.2 Choix de l'outil d'investigation	35
4.3 Construction de l'outil	36

4.4	Choix et description de la population étudiée	36
4.5	Limites de l'enquête	37
5.	Analyse et interprétations des résultats	37
5.1	Présentation des professionnels	37
5.2	Le changement	39
5.2.1	Identification des changements	39
5.2.2	Stimulation et / ou difficulté ?	43
5.2.3	Les changements les plus marquants	44
5.3	La qualité des soins	47
5.3.1	La sécurité	47
5.3.2	La personnalisation des soins	48
5.3.3	Atteindre un objectif/résultat	48
5.3.4	Le travail en équipe pluridisciplinaire	49
5.4	L'adaptation	50
5.4.1	L'anticipation	51
5.4.2	Le positionnement professionnel	52
5.4.3	La communication	55
5.5	Les ressources identifiées	57
5.6	Les freins identifiés	59
5.7	L'évolution de l'adaptation	60
6.	Discussion	61
6.1	Retour sur les hypothèses	61
6.2	Retour sur la problématique	63
6.3	L'auto-efficacité (sentiment d'efficacité personnelle)	65
6.4	Retour sur la méthodologie	66
6.5	Perspectives professionnelles	67
7.	Conclusion	68
8.	Bibliographie	70

1. Introduction

1.1 Naissance d'une réflexion

Mon entrée en formation d'infirmière anesthésiste a bouleversé mon quotidien professionnel. Il a fallu que je quitte ma position de diplômée pour une position d'étudiante et d'apprenante. Ce fut un profond changement de statut qui m'a poussée à m'adapter, aussi bien durant les périodes de cours que lors des stages. L'adaptation est permanente, tant dans la collaboration avec les équipes professionnelles que dans le grand nombre de lieux de stage à découvrir.

La grande variabilité des patients pris en charge quotidiennement demande également une forte adaptation afin de pouvoir personnaliser les soins. En observant mes futurs collègues infirmiers anesthésistes, j'ai réalisé que cette capacité d'adaptation ne se limitait pas à la période des études. Elle devient encore plus essentielle une fois diplômée pour apporter une bonne qualité de soins auprès des patients. Une fois sur le terrain, les mêmes problématiques se posent : changements d'équipes, de patients, de service, de protocoles, etc. Actuellement, de ma position d'étudiante, je suis dans une démarche d'apprentissage et d'adaptation que je qualifierais de presque naturelle. Cependant, une fois diplômée, vais-je rester aussi perméable aux changements, aux évolutions de la profession ? Vais-je trouver les ressources nécessaires ?

Ce mémoire débute et prend forme autour d'une réflexion : ma future responsabilité en tant qu'infirmière anesthésiste de devoir m'adapter aux spécificités et aux avancées de ma profession. La capacité des IADE à répondre aux exigences de leur profession repose sur de multiples aptitudes. J'ai fait le choix de concentrer mon travail sur la compétence de l'adaptation qui me semble faire lien avec un grand nombre de ressources utilisées par les IADE.

1.2 Situation de départ de questionnement

1.2.1 Situation d'appel

Pour débiter ce travail, je suis partie d'une situation vécue en stage. Elle illustre et questionne les sujets de l'évolution des appareillages en anesthésie, de la formation continue et de la relation infirmière anesthésiste/médecin anesthésiste-réanimateur.

Dans cette situation, j'étais au bloc opératoire en présence d'une patiente bénéficiant d'une anesthésie générale pour une cholécystectomie. L'équipe anesthésique présente en salle se compose d'une infirmière anesthésiste (IADE) proche de la retraite avec une longue carrière en anesthésie et d'un interne au quatrième semestre. L'induction anesthésique de la patiente s'est bien passée, le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) nous a laissés en autonomie pour la suite de l'intervention. La patiente est correctement installée et la chirurgie a commencé. Nous avons équipé la patiente d'un Index Bispectral de l'électro-encéphalogramme (BIS). Le BIS, à l'aide d'électrodes placées sur le front des patients, permet une analyse qui décompose le signal en une somme de sinusoides de fréquences et de voltages différents. Il calcule le degré de synchronisation entre les courbes pour déterminer le niveau de narcose. La mesure permanente de la profondeur d'anesthésie par permet de ne plus s'appuyer exclusivement sur les paramètres hémodynamiques pour adapter l'anesthésie. Il a été démontré qu'utiliser ce type de monitoring entraîne une réduction de la consommation d'agents hypnotiques et diminue, par conséquent, leurs effets délétères pour le patient. Ici, la patiente dort grâce à un gaz halogéné, le Sevorane. Le respirateur fait le calcul du *Minimum Alveolar Concentration* (MAC) qui est la concentration alvéolaire minimum bloquant la réaction motrice à une incision cutanée chez 50 % des patients. Il la calcule en fonction des paramètres des patients entrés sur le respirateur et de la quantité de Sévorane délivré. Le BIS, dont l'utilisation est recommandée par rapport à la MAC, est issu d'une mesure alors que cette dernière est issue d'un calcul. Pour une narcose adéquate, la MAC doit être comprise entre 0,9 et 1. L'IADE a été appelée en dehors de la salle par un de ses collègues, je me suis donc retrouvé seul avec l'interne. La MAC est égale à 1, mais le BIS nous annonce 35. L'interne a décidé d'alléger la narcose en baissant le Sévorane pour rentrer dans la valeur cible du BIS (entre 40 et 60). La MAC s'est ajustée à cette modification et oscille entre 0,8 et 0,9, mais la patiente ne présente pas de signe clinique d'insuffisance de narcose. Au

retour de l'IADE de la salle, l'interne sort et je me retrouve avec un nouveau binôme, sans aucune transmission entre les deux membres de l'équipe d'anesthésie. L'IADE remarque immédiatement que la MAC est trop faible et augmente le Sévorane, expliquant qu'il est important que les patients dorment suffisamment et qu'une MAC inférieure à 1 est insuffisante. S'ensuit trois relais entre l'IADE et l'interne, sans communication ni transmission, ils changeront à chaque fois le niveau de Sévorane délivré. Pendant ces changements, j'ai pu observer des répercussions hémodynamiques chez la patiente, avec des alternances de normotension et d'hypotension.

Dans cette situation, j'ai remarqué un manque de communication entre les deux professionnels, qui a provoqué une succession d'actions contraires pouvant être nuisibles à la patiente. Chacun s'est basé sur ses connaissances et ses expériences pour justifier sa méthode. Tous deux savaient que l'autre agissait consciemment en sens inverse. L'évolution du monitoring de la narcose marque un changement de pratique dans la surveillance anesthésique. L'interne s'est adapté et l'utilise selon les recommandations des sociétés scientifiques, tandis que l'IADE résiste et continue d'utiliser une méthode plus ancienne et moins fiable. Pour un même patient, en fonction du professionnel qui dispense l'anesthésie, la prise en soin peut ne pas être la même et s'éloigner des recommandations.

1.2.2 Questionnement

Je me suis basé sur cette situation pour aboutir à des questionnements plus généraux et applicables à d'autres situations de soins que j'ai déjà vécues et que je revivrai certainement. Ces questionnements sont venus nourrir ma réflexion initiale et orienter mon sujet.

- Sur quoi repose un binôme de travail efficient ?
- Quelle place occupe l'IADE dans l'équipe d'anesthésie et comment peut-il faire valoir son expertise ?
- Les habitudes et les expériences professionnelles peuvent-elles être des freins au changement ?
- Quels sont les mécanismes psychologiques qui empêchent l'acceptation du changement ?
- Quelles sont les ressources pour s'adapter et adhérer au changement ?

- Qui est garant de la qualité des soins dispensée aux patients ?
- Les écarts de procédures impactent-ils directement la qualité des soins ?

1.2.3 Échanges informels

Beaucoup de professionnels IADE m'ont interrogée sur mon sujet de mémoire, et au cours de ces échanges, une notion centrale, du point de vue des professionnels, a émergé : le changement. Comment l'IADE s'adapte-t-il au changement ? Comment s'inscrit-il dans une dynamique positive pour prendre en charge des patients radicalement différents, face aux avancées des pratiques en anesthésie, face à un binôme de travail différent chaque jour ? De nombreux professionnels ont spontanément partagé leurs expériences et leurs ressources qui leur permettent d'évoluer dans leur profession. Si la volonté et la motivation personnelle sont souvent évoquées, la ressource que représente le binôme IADE/MAR est presque toujours mentionnée. Les IADE expérimentés expriment leur difficulté à s'adapter aux pratiques en perpétuel changement, et il leur est difficile d'accepter que leurs connaissances et pratiques soient dépassées. Ce qui m'a marqué dans ces échanges, c'est leur implication dans cette problématique. Pour beaucoup, c'est un sujet qui les préoccupe, ce qui montre bien la complexité de la situation. Tous ont eu la même réflexion : "S'adapter est essentiel !".

1.3 Question de départ et hypothèses

Question de départ :

En quoi l'adaptation fait-elle ou non partie des compétences des IADE, acteurs de la qualité des soins ?

Hypothèse 1 : Les IADE sont confrontés au processus de changement dans leur exercice professionnel.

Hypothèse 2 : L'adaptation est nécessaire pour garantir la qualité des soins.

Mots clés : IADE, adaptation, qualité des soins, changement.

Afin de répondre à cette problématique, mon travail va s'articuler en quatre parties : tout d'abord une présentation du cadre contextuel et conceptuel, suivi par la méthodologie d'une recherche qualitative, puis l'analyse des entretiens, la réponse à la problématique et enfin conclure.

2. Cadre contextuel

Afin de mieux cerner ma problématique, j'ai voulu poser le cadre et le contexte de l'exercice IADE. J'ai également mis en avant des concepts clefs qui me permettront de théoriser mon sujet.

2.1. La formation initiale

L'infirmier anesthésiste est diplômé après une formation de deux ans et l'obtention de 120 crédits *European Credit Transfert System* (ECTS). La formation est une alternance entre stages et cours théoriques en centre de formation. Selon l'article 6 de l'arrêté du 23 Juillet 2011, les candidats doivent répondre aux prérequis suivants pour pouvoir se présenter au concours :

- “ Être titulaire, soit d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4311-3 ou à l'article L.4311-12 du code de la santé publique permettant d'exercer sans limitation la profession d'infirmier, soit d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale chargée de la santé en application de l'article L. 4311-4 du code de la santé publique
- Justifier de deux années d'exercice au 1er janvier de l'année du concours, en équivalent temps plein, en qualité d'infirmier.
- Avoir subi avec succès les épreuves d'admission à la formation préparant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, organisées par chaque école autorisée sous le contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé et du président d'université” (1)

La finalité de la formation d'infirmier anesthésiste est de produire un professionnel responsable, réflexif et autonome, ayant une compétence particulièrement élevée dans les domaines de l'anesthésie, des soins d'urgence et de la réanimation. Cette formation repose sur trois concepts clés : la formation d'adultes, la formation par alternance et la formation professionnalisante. L'étudiant acquiert des connaissances théoriques et méthodologiques, ainsi que des compétences gestuelles et relationnelles. La formation est organisée en trois paliers d'apprentissage qui permettent à l'étudiant de développer l'ensemble des compétences requises :

- « comprendre » : acquisition des savoirs et savoir-faire permettant de comprendre les situations de soins.
- « agir » : savoir mobiliser ses savoirs pour acquérir la capacité d'agir et pouvoir évaluer son action.
- « transférer » : conceptualisation et savoir transférer ses acquis dans différentes situations.

Le parcours de stage impose des disciplines obligatoires telles que l'anesthésie réanimation en chirurgie viscérale, en chirurgie céphalique tête et cou ou bien la pédiatrie, la prise en charge de la douleur. Ce parcours de stage est le reflet de la pluralité des lieux d'exercice des IADE. La spécialité de l'anesthésie vient compléter un très grand nombre de spécialités chirurgicales.

2.2 Le champ de compétence IADE

L'exercice IADE est défini par l'article R4311-12 du code de la santé publique (modifié par le Décret n°2017-316 du 10 mars 2017 - art.1), qui stipule que l'activité de l'IADE est pratiquée sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur. Ce dernier doit avoir préalablement examiné le patient, établi par écrit la stratégie d'anesthésie et être présent sur le site afin d'intervenir à tout moment. L'IADE est habilité à pratiquer des techniques telles que l'anesthésie générale, l'anesthésie loco-régionale, les réinjections (si le dispositif a été posé par un médecin anesthésiste-réanimateur) et la réanimation per-opératoire. Il peut également effectuer les soins et gestes nécessaires aux pratiques ci-dessus et en assurer le suivi en salle de surveillance post-interventionnelle.

En plus, l'IADE peut intervenir pour la prise en charge de la douleur postopératoire. Selon l'article R4311-12, « l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seule habilitée à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter hospitaliers. » (2) Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 doivent être effectués en priorité par l'infirmier anesthésiste ou un infirmier. Le champ de compétences de l'IADE est donc étendu, englobant des compétences en anesthésie (générale ou locorégionale), le traitement de la douleur et la prise en charge de la réanimation.

Les lieux d'exercice sont également diversifiés : bloc opératoire, salle de surveillance post-interventionnelle, transport sanitaire, SAMU, maternité, centre de traitement de la douleur, soins intensifs et réanimation. Principalement basé au bloc opératoire, l'IADE doit être opérationnel à chaque changement de lieu d'exercice nécessitant des compétences spécifiques. Au sein du bloc opératoire, la grande variabilité des profils de patients (âge, antécédents, contexte psychologique) et la diversité des spécialités chirurgicales conditionnent la stratégie de prise en charge.

2.3 L'IADE dans une équipe pluridisciplinaire

Dans chaque lieu où il exerce, l'IADE travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire différente. Il collabore étroitement avec l'équipe chirurgicale dans la salle d'opération, avec l'équipe de sage-femmes en maternité ou encore avec les ambulanciers au sein du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Il travaille en étroite collaboration avec le médecin anesthésiste-réanimateur, qui est le seul responsable des soins et des actes qui relèvent de son champ de compétence, tel que défini par l'article R4311 du Code de la santé publique. Le médecin anesthésiste-réanimateur est le binôme naturel et privilégié de l'IADE. Cette relation permet de définir le cadre de travail de l'IADE. Conformément à l'article R4311-12 du Code de la santé publique, l'infirmier anesthésiste diplômé d'État « exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur » (2). L'IADE, tout comme les infirmiers, travaille sous le contrôle d'un médecin, mais dans le texte, il est bien souligné le lien exclusif avec le MAR pour mener des actions dans le domaine de l'anesthésie. L'IADE n'a pas à rendre compte de son travail à un médecin d'une autre spécialité. Le texte précise également que le MAR doit avoir examiné le patient au préalable et établi par écrit la stratégie d'anesthésie.

Toutes ces informations sont retranscrites dans la consultation d'anesthésie, qui sert de référence de travail à l'IADE. La dernière condition obligatoire à l'exercice de l'IADE est la présence du MAR sur le site et sa capacité à intervenir à tout moment. Le MAR est responsable de l'activité de l'IADE, ce dernier doit lui rendre compte de son travail.

Un décret datant du 10 mars 2017 a modifié les termes de l'article R4311-12. En effet, le terme stratégie d'anesthésie a remplacé le terme protocole d'anesthésie. Le terme "protocole" était trop ambigu car associé à l'exercice infirmier de soins généraux. Il correspondait à une prescription médicale anticipée, qui devait spécifier, par exemple, le nom du produit, la dose, la fréquence et une chronologie précise. La pratique de l'anesthésie ne peut pas être protocolisée en raison de la grande variabilité interindividuelle des patients face à l'anesthésie et à la chirurgie. Le terme "protocole" était donc inadapté à la réalité du terrain. Bruno Huet (ancien vice-président du Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA)) définit la stratégie d'anesthésie comme "un ensemble de consignes concernant le mode d'anesthésie choisi par le MAR, en accord avec le patient, suite à la consultation d'anesthésie" (3). Le MAR peut choisir d'énoncer ses directives de manière de plus ou moins détaillée. Cette stratégie évolue en fonction de l'avancement de la chirurgie, des réactions du patient et des actions déjà entreprises. Elle représente un objectif commun entre le MAR et l'IADE. Dans la pratique, le MAR communique à l'IADE ses objectifs en matière d'anesthésie, et ce dernier travaille en autonomie pour les atteindre. Pour un environnement de travail sécurisé et épanouissant, une collaboration de qualité est indispensable.

2.4 La formation continue

Un nouveau diplômé IADE est ainsi un professionnel formé aux dernières recommandations, techniques et connaissances de sa spécialité. La discipline de l'anesthésie et plus largement de la médecine est en perpétuelle évolution et changement. Tout professionnel se doit de suivre les avancées de sa profession, comme le décrivent en 1995 les recommandations de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). La formation continue est un droit pour les professionnels salariés et les demandeurs d'emplois. L'article L6111-1 du code du travail stipule que « La formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale » (4). Le but est d'améliorer ses compétences et/ou d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances.

L'objectif est de sécuriser et optimiser la carrière professionnelle. L'article L6313-3 introduit la notion d'« évolution des emplois » (5) et d' « adaptation des travailleurs à leur poste de travail » (5). Elle offre la possibilité de se former et de s'adapter aux changements de conditions de travail. L'article L6111-1 donne l'objectif de « permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle » (4). Le suivi d'une formation continue peut être à l'initiative de l'employeur ou du salarié. Les temps de formation doivent prendre en compte les savoirs et savoir-faire des participants. La formation continue repose sur un socle de connaissances et compétences acquis en formation initiale et développer ou compléter lors de la formation continue. Elle doit aussi répondre efficacement aux besoins et aux attentes des individus, des entreprises et de la société.

Une étude a été menée à l'école régionale de Poissy-Saint-Germain-en-Laye s'intéressant aux IADE en formation continue. Elle a pour objectif d'évaluer leur satisfaction, attentes et motivations. Les résultats ont montré que 85,2 % des IADE viennent à la suite d'un projet individuel alors que 12,7 % viennent dans le cadre d'un projet de service. Les objectifs des IADE suivant ces formations sont :

- Renforcer des connaissances (42%)
- Acquérir de nouvelles compétences (19%)
- Acquérir de nouvelles pratiques (20%)
- Échanger avec d'autres professionnels (10%)
- Connaître les nouveautés (8%)

Les compétences et les connaissances travaillées pendant ces formations profitent aux participants, mais aussi à l'ensemble de l'équipe dans laquelle ils s'inscrivent. Plus de 50% des IADE ont répondu vouloir présenter à leur équipe les thèmes abordés. Ils souhaitent transmettre leurs connaissances et apporter des changements de pratique. Ils ont pu être à l'origine d'évolutions de protocoles, de procédures ou de l'obtention de nouveaux produits ou matériels.

3. Cadre conceptuel

3.1 Le changement

3.1.1 Un processus complexe

Définition

Le Larousse définit ce concept de plusieurs façons : “Action, fait de changer, de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre

- Fait d'être modifié, changé ; modification, transformation
- Modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi” (6)

Cette définition fait le rapprochement avec une action, un processus : « fait de changer », mais aussi de résultat : « être modifié ». L'ensemble fait bien état d'une notion dynamique, de modification, de rupture avec un état antérieur. Parmi mes lectures, j'ai particulièrement remarqué le travail de Gérard Dominique Carton. Il a commencé sa carrière en tant que thérapeute avant de devenir DRH puis Dirigeant chez American Express en France, aux USA et au Canada. Il a créé le GCCG, un groupe de conseil qui se concentre sur l'accompagnement humain dans le processus de changement et le développement des dirigeants. En 1997, il a publié "Eloge du changement", un livre de référence incontournable sur le sujet. Il a travaillé sur le processus de changement en partant des travaux de Kubler-Ross qui décrit le processus de deuil en cinq étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'affectation. Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), psychiatre, pionnière de l'approche des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie. Elle est connue pour sa théorisation des différents stades émotionnels par lesquels passe une personne qui apprend sa mort prochaine, illustrée dans le schéma suivant (modèle Kübler-Ross). Cette définition, communément admise, a permis à de nombreux travaux sur le changement de faire le parallèle avec ses étapes. J'ai construit mon cadre conceptuel sur ces travaux, ce qui m'a permis de mieux définir et contextualiser le changement et de prendre conscience de la complexité de ce long processus, pour lequel son intégration est conditionnée par de multiples facteurs.

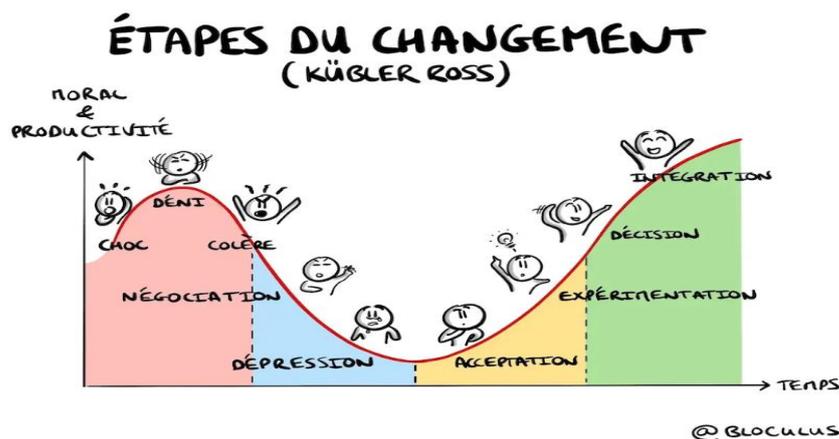


Schéma 1 : Étapes du changement (Kübler Ross) (7)

Gérard Dominique Carton définit le changement de cette façon : « la perception d'une altération positive ou négative de notre réalité immédiate ou virtuelle et comme le résultat de tout événement qui vient altérer notre réalité. » (8). La réalité immédiate est la perception par notre système de représentations, du monde qui nous entoure. La réalité virtuelle s'apparente à notre représentation du monde, comme nous aimerions qu'il soit, ce vers quoi nous aspirons. Ces deux réalités sont propres à chacun d'entre nous. Il met en avant deux types de changements : ceux en adéquation avec nos aspirations et ceux qui sont en contraction.

- Les changements en adéquation avec les aspirations : Ce sont les changements qui correspondent à nos attentes, nos souhaits et nos valeurs, et qui sont souvent intégrés de manière quasi immédiate. Comme la notion de changement est subjective, ces changements ne sont souvent pas identifiés comme tels, et ne représentent pas une rupture, mais plutôt une évolution ou une continuité attendue. L'intégration de ce changement est durable si les effets indésirables sont moins importants que le but recherché, mais peut être réversible dans le temps.
- Les changements en contradiction avec les aspirations : à l'inverse, lorsque le changement ne correspond pas à nos attentes ou ne s'inscrit pas dans notre référentiel de valeurs, le processus d'intégration est bloqué. Cela se manifeste par une mécanique de rejet, et l'intégration n'est rendue possible qu'après un long processus découpé en cinq étapes : le refus de comprendre, la résistance, la décompensation, la résignation

et l'intégration. La durée de ces étapes est principalement liée à deux notions : la distance affective et la distance aspirationnelle. La distance affective est l'attachement émotionnel du sujet à l'objet du changement, et plus elle est courte, plus le changement sera difficile à vivre. De même, une distance aspirationnelle importante rend l'objet du changement très éloigné de l'aspiration du sujet.

Les origines

Les origines peuvent être exogènes si elles sont extérieures à un groupe ou à un individu, qui les placent en position d'adaptation au changement. Il faut être réactif : la direction demande une nouvelle répartition des professionnels dans le service. D'autres origines sont endogènes lorsqu'elles sont intériorisées par un groupe ou un individu, acteurs et décideurs de leur changement. Il faut être actif : le groupe décide de modifier sa propre organisation de service. Enfin des origines peuvent être mixtes : c'est le cas le plus fréquent, les origines sont doubles : exogènes et endogènes. C'est une alternance d'actions actives et réactives. L'origine exogène est un facteur facilitant qui renforce la nécessité du changement alors que l'origine endogène renforce l'intérêt du changement. L'alliage des deux semblent donc être le plus efficace.

Le rythme du changement

C'est une notion subjective qui correspond à la durée nécessaire pour la construction de notre réalité virtuelle. Elle représente la différence entre le temps imaginé (la durée nécessaire pour obtenir un résultat) et le temps vécu (la réalité effective de la mise en place de l'action). Ainsi, le rythme du changement est perçu différemment selon les personnes, même sur une durée équivalente. L'appréciation du changement croise l'intensité vécue et le rythme perçu. Cette appréciation est purement subjective. Lorsqu'il s'agit d'un processus de changement collectif, certains vont intégrer ce changement comme une évolution, tandis que d'autres le vivront comme une tension ou une révolution. Cette notion de temporalité permet également de différencier le changement de l'évolution. Cette dernière est définie comme un "changement progressif de position ou de nature" (9), qui montre que c'est également le passage d'un état à un autre, mais plus lent. Le terme "changement" est modulé par la notion de "progression" dans cette définition.

La réussite d'un changement

Pour accepter et adhérer à un changement, nous devons nous laisser convaincre de son effet positif sur la problématique. Afin d'en juger, nous nous repons sur trois filtres : la nécessité, l'utilité, l'intérêt.

- La nécessité

Ce changement doit répondre à la pression de l'environnement, liée aux origines exogènes. La nécessité met en lumière la menace à ne pas changer, l'évitement du pire. Toujours selon Carton, la nécessité repose sur « l'émission d'une hypothèse dramatique de non-changement (...), soit la constatation d'une obligation résultant d'un fait » (8). La nécessité gagne en puissance lorsqu'elle est liée à des faits objectifs et non à des hypothèses qui peuvent être contestables. Seule la nécessité peut mener à la résignation, d'où l'importance de développer en complément l'utilité et l'intérêt qui vont permettre l'intégration du changement.

- L'utilité

Cette notion est associée à un résultat factuel, c'est une réponse à la prévention d'un dommage ou pour améliorer une situation. La perception de l'utilité est encore une fois très subjective. Elle apporte soit une amélioration soit une absence de préjudice.

- L'intérêt

Il représente l'intérêt personnel, c'est le critère le plus décisif car se rapporte à la motivation personnelle. Cette notion peut parfois aller à l'encontre de l'utilité et la nécessité.

3.1.2 Les cinq étapes du changement

Ces étapes apparaissent chronologiquement et de durée variable (quelques minutes à plusieurs années) pour aboutir à l'intégration du changement. Tout blocage dans les étapes empêche l'avancée du processus d'intégration. Elles comprennent : le refus de comprendre, la résistance, la décompensation, la résignation et l'intégration.

- Le refus de comprendre

Il est l'ordre du réflexe, d'un raisonnement non conscient. Plus le changement est majeur, plus le lien affectif est fort concernant l'objet changé, plus cette phase est longue et difficile. Le refus de comprendre n'est pas associé à un défaut de capacité intellectuelle mais c'est une confusion. C'est une phase de réajustement de la réalité. Le refus de comprendre permet d'éviter la souffrance engendrée par le changement. Une incompréhension forte peut se créer entre les protagonistes du changement et les individus à qui il est imposé. Plus les protagonistes sont convaincus de l'utilité du changement, moins ils tolèrent le refus de comprendre.

- La résistance

Elle est définie par le Larousse comme "Action de résister à une autorité, de s'opposer à ce qu'on n'approuve pas". La résistance au changement a une connotation négative. C'est considéré comme du refus de progression, un acte de rébellion voire un acte d'insubordination. Mais Gérard-Dominique Carton amène une notion différente : et si la résistance au changement était un acte positif ? Si c'était même utile au processus de changement ?

Il propose de regarder l'utilité de la résistance selon différents points de vue :

- psychologique : nous permet de verbaliser notre questionnement, nos émotions, craintes et frustrations.. Cela permet de faire baisser le niveau de stress et de pouvoir réfléchir plus objectivement à la situation.
- opérationnel : permet de critiquer le changement qui est probablement perfectible. Le but est de pousser les protagonistes à justifier et argumenter le changement et prendre conscience de ses limites.
- éthique : c'est une barrière nécessaire face aux changements abusifs, arbitraires.

Il y a principalement quatre manifestations de la résistance : l'inertie, l'argumentation, la révolte et le sabotage. Ces phases s'alternent au cours du processus de résistance.

L'inertie

Elle se caractérise par l'absence de réaction au changement, c'est jouer contre le temps afin de remettre à plus tard son engagement sur le chemin du changement. Il y a une éviction du sujet. La prudence est souvent invoquée pour justifier cette inertie. La durée de l'inertie est d'autant plus courte que les promoteurs sont déterminés et font pression pour l'obtenir.

L'argumentation

C'est la voie la plus rapide pour intégrer le changement, la forme la plus productive et la plus utile. Elle permet de verbaliser ses doutes, ses questionnements et de créer un dialogue constructif. L'objectif est de modifier la réalité intérieure de l'autre pour démontrer l'absence d'intérêt au changement. Si le changement n'est pas justifié, il peut être modifié, voire abandonné par le promoteur, si celui-ci est de bonne foi. Si nous avons pu influencer positivement le changement, nous sommes plus enclins à l'intégrer. Les changements amenés par un processus participatif sont plus productifs que par un processus directif. Gérard-Dominique Carton dit : "l'argumentation obéit au besoin naturel de l'individu d'influencer la réalité extérieure pour la rapprocher de sa réalité intérieure" (8). Il en vient la réconciliation des deux réalités par leur évolution respective, ou bien, lorsque la réalité extérieure s'impose avec plus de force. Si l'argumentation n'aboutit pas sur la réconciliation des réalités comme expliqué *supra*, l'individu peut basculer dans la révolte.

La révolte

Lorsque l'individu est en incapacité d'accepter le changement, il se révolte. C'est agir contre le changement et/ou contre ses protagonistes. La révolte est proportionnelle à la volonté de l'individu à garder sa réalité et à refuser tout changement. En milieu professionnel, cela peut se manifester par une démission, une mutation, une action syndicale, un recours à la hiérarchie. Plus les valeurs, les convictions de l'individu sont fortes, plus grand et violent peut être la révolte. Elle est précédée par une phase de menace, on peut la déceler dès la phase d'argumentation. Elle sert davantage à tester la solidité du projet de changement qu'à être réellement nuisible, c'est une tactique, une stratégie. C'est une escalade des rapports de force et un moyen de faire entendre son argumentation.

Le sabotage

Plus insidieux et manipulateur, le sabotage a pour but d'arrêter le changement. Il s'agit d'exploiter les failles du projet pour mettre en évidence son absurdité. C'est une attitude qui extrapole les axes du changement et les pousse à l'extrême. Sous une apparente soumission c'est la révolte qui guide les actions.

- La décompensation

C'est une phase importante du processus de changement, c'est l'abandon de la résistance. Plus la résistance est plus forte, plus la décompensation le sera également. Elle peut durer quelques minutes comme quelques années. Il y a un sentiment de résignation, d'incompréhension, cela s'exprime par des signes de dépression (tristesse, fatigue, perte de motivation, etc...). Plus la personne est sentimentale et peu, plus elle sera affectée. La durée et l'intensité ressentie lors de cette phase dépendent de deux facteurs clefs : la proximité émotionnelle qui nous lie à l'objet du changement et le niveau de stress accumulé par le nombre de changements auxquels nous sommes confrontés. La fin de cette phase marque le début de l'acceptation du changement. Le soutien, la réassurance trouvés auprès de la famille, des proches aident à dépasser cette phase.

- La résignation

C'est la phase de l'acceptation du changement. Il y a une rationalisation de l'acceptation, c'est-à-dire la sortie du processus de dissonance cognitive (Festinger L. A theory of cognitive dissonance. New-York: Harper and Row; 1957.). Il y a encore du regret de la situation précédente, de la nostalgie. C'est l'achèvement du travail de deuil. C'est la construction de nouveaux repères avant de pouvoir retourner dans une phase dynamique. La durée dépend encore une fois de la capacité d'adaptation et de résilience. Les facteurs environnementaux sont aussi une source d'aide qui permettent de réassurer la résignation, de conforter l'individu dans son cheminement. Cette phase peut s'installer de façon quasi définitive sans aboutir à l'intégration. Il s'ensuit une problématique de motivation personnelle, c'est un facteur d'improductivité. C'est notamment fréquent lorsque le changement est imposé par la force et la nécessité.

- L'intégration

C'est l'ultime phase du changement, l'acceptation totale. Elle peut parfois arriver brutalement ou progressivement. Carton décrit deux niveaux d'intégration : conceptuelle et comportementale.

Intégration conceptuelle

La nostalgie disparaît, un sentiment de sérénité, d'énergie revient récréant une dynamique d'actions. Le deuil est terminé, un retour à l'état antérieur n'est plus souhaité voir refusé catégoriquement, c'est la vraie différence par rapport à la résignation. Ce stade est marqué par l'acceptation du changement mais l'ensemble des comportements y répondant n'est pas encore mis en place. La routine, les habitudes freinent cette mise en place.

Intégration comportementale

Elle fait suite à l'intégration conceptuelle, c'est sa transformation en actions. Pour que l'intégration soit totale avec un comportement cohérent, on peut parler du concept "du soi" et "du nouveau moi" : c'est l'ajustement comportemental.

On remarque quatre schémas différents :

- schéma dit de compensation : l'environnement nous interdit nos anciens comportements
- schéma dit de sublimation: l'environnement nous pousse à modifier nos comportements
- schéma dit de résolution : nos anciens comportements nous semblent inacceptables, nous les combattons
- schéma dit de progression: démarche progressive d'abandon des anciens comportements au profit des nouveaux. Il s'agit du plus fréquent, il se fait par apprentissage et ajustements. Il est d'autant plus long que l'environnement n'interdit pas les anciens comportements

3.2 L'adaptation

Le Larousse définit l'adaptation comme l'« Action d'adapter ou de s'adapter à quelque chose : Adaptation aux circonstances. » (10). C'est un synonyme d'accommodation, intégration ou ajustement. « Adapter » provient du latin *apere* qui signifie « lien, attacher ». Le participe passé *aptus* (apte) ajouté à la locution ad (à, vers) a donné le verbe *adaptare* qui désigne : ajuster à, en vue de. Au XIII^e siècle, « adapter » a le sens concret « d'appliquer », puis au figuré de « mettre en accord avec quelque chose ». « Adaptation » a été emprunté au latin médiéval « adaptatio » et se diffuse au XVI^e siècle pour désigner l'action de d'adapter, d'approprier, d'ajuster. Durant ce même siècle, en rhétorique, le terme exprime la convenance à une situation. Au XIX^e siècle, grâce à l'essor de la biologie, l'adaptation inclut l'idée de modification. Ce terme a été par la suite repris dans de nombreuses disciplines : biologie, psychologie, sociologie, anthropologie, géographie, etc.

3.2.1 Histoire conceptuelle

Comment ne pas aborder la théorie de l'évolution de laquelle « l'adaptation » tire sa gloire ? La question « qu'est-ce que la vie ? » à obséder les Hommes depuis la nuit des temps. L'un des premiers écrits suggérant la notion d'évolution de la vie par adaptation au milieu est attribué à Anaximandre de Milet, philosophe grec présocratique (vers 610 av. J.-C. – vers 546), considéré comme l'un des premiers penseurs de la philosophie occidentale. Il est surtout connu pour sa théorie selon laquelle l'origine de l'univers provient d'une substance indéterminée et indéfinissable appelée "*l'Apeiron*". L'apparition au XIX^e siècle des premières théories évolutives heurte la conception établie d'une vie issue d'une création divine. Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829), biologiste et naturaliste français, connu pour ses contributions à la théorie de l'évolution, a établi des théories transformistes se basant sur l'idée d'une adaptation évolutive qui provient de la notion d'adaptation au milieu naturel. Il défend que les êtres vivants ont une capacité à s'adapter à leur milieu, en développant certaines fonctions organiques selon les besoins. Cette adaptation transformiste est comme un effort continu du vivant pour tirer profit du milieu dans lequel il évolue. Une fois acquise, l'adaptation est héréditaire. Le changement de milieu provoque de proche en proche une modification des besoins, des habitudes, et

enfin des organes et des formes corporelles. Les concepts de résistance et de survie étaient prépondérants : le vivant est voué à lui-même dans un milieu qui lui impose ses lois. La théorie darwinienne d'une sélection naturelle comme moteur évolutif, fit suite à l'adaptation lamarckienne qui finit par l'éclipser. D'abord définie au niveau individuel, l'adaptation fut ensuite étudiée à l'échelle des collectivités humaines. Le terme d'adaptation fut emprunté par plusieurs disciplines pour donner au concept des différents usages.

3.2.2 Les différents usages de la notion d'adaptation

- En biologie

En biologie, l'adaptation peut se définir comme l'ajustement fonctionnel de l'être vivant à son milieu, et particulièrement comme l'appropriation de l'organe à sa fonction. Cela correspond à la mise en accord d'un organisme vivant avec les conditions qui lui sont extérieures. L'adaptation met l'organisme dans son entièreté en cohérence avec le milieu. C'est un processus qui peut se traduire à différents niveaux de l'individu :

- au niveau individuel : reflet de l'organisation génétique
- au niveau cellulaire : le système immunitaire est capable d'apprentissage
- au niveau physiologique : l'acclimatation ou l'entraînement.

Au niveau de l'espèce, le concept d'adaptation s'exprime par une évolution lente et progressive qui est la sélection naturelle. A l'échelle spatiale, l'hypothèse Gaia, proposée par James Lovelock (1919-2022), scientifique indépendant et consultant dans de nombreux domaines, notamment la chimie atmosphérique, la biologie, la médecine et la recherche spatiale, dans les années 1970, définit la Terre comme un système physiologique dynamique. La Terre fonctionne comme un superorganisme autorégulateur, capable d'adaptation pour maintenir l'équilibre nécessaire à la vie.

- En psychologie

En psychologie, l'adaptation est un processus continu qui consiste en l'interaction entre une personne et son environnement en constante évolution. Selon Alain Taché, docteur en sociologie, auteur de « l'adaptation : un concept sociologique systémique ». Il s'agit d'une dynamique complexe qui implique différentes actions de la personne et des

développements qui permettent l'émergence de perspectives de transformation. Ces perspectives sont adaptées par le traitement de l'information et la prise de décision, ce qui permet de réaliser des ajustements internes de la personne pour s'adapter aux nouvelles situations.

C'est un processus qui prend en compte l'interaction entre une personne et les collectifs auxquels elle participe. Elle implique également l'interaction avec les autres acteurs, situations et organisations. Il existe également une distinction entre la capacité d'adaptation, qui est la capacité d'une personne à modifier sa structure et son comportement pour s'adapter à des situations nouvelles. La psychologie clinique a développé une conception de l'adaptation complexe en prenant en compte l'inconscient et ses implications dans l'évolution de l'identité. La psychologie sociale, elle parle de dynamique réflexive. La psychologie génétique a développé le concept d'adaptation en le positionnant dans une modélisation constructiviste, en se basant sur la théorie de l'apprentissage. Selon Jean Piaget (1896-1980), psychologue et biologiste suisse, connu pour ses travaux sur le développement cognitif des enfants, l'adaptation est issue d'une recherche permanente d'un équilibre entre les processus d'assimilation et d'accommodation, et est inséparable de la connaissance et de l'acte d'organisation. L'adaptation psychologique est liée à l'inadaptation, qui est le sentiment de décalage entre soi et les autres, source de troubles psychiques. Le stress est considéré comme une réaction normale de l'organisme aux contraintes de l'environnement, qui est essentielle à la survie. Louis Trudel, doctorant en éducation de l'Université du Québec à Montréal, dit qu'il s'agit d'un processus d'échange entre une personne et son environnement, qui entraîne des ajustements comportementaux et physiologiques pour maintenir un équilibre interne face aux situations et à leur interprétation qui menacent l'intégrité ou le bien-être de l'individu. Cependant, lorsque les contraintes perdurent, le système d'adaptation peut s'épuiser et des maladies dites "d'adaptation" peuvent apparaître (asthme, ulcères, hypertension ou maladies psychosomatiques). Il est important de noter que la perception et l'interprétation d'une situation sont cruciales pour gérer le stress. Richard Lazarus (1922-2002) et Susan Folkman (née en 1942), deux psychologues américains qui ont développé la théorie du stress et de la gestion du stress, en 1984, définissent le *coping*, ou les stratégies adaptatives. Ce sont les efforts cognitifs et comportementaux pour gérer le stress et disposer des ressources nécessaires pour le faire. Il existe ainsi de bons et de

mauvais coping (dysfonctionnels). En soi, le coping est un marqueur des stratégies d'adaptation à l'échelle individuelle.

- En anthropologie

L'anthropologie est une science qui étudie l'histoire des cultures humaines et les changements culturels et biologiques qui se sont produits dans le monde. Elle analyse les avantages et les inconvénients de ces changements et comment les individus et les groupes s'adaptent à leur environnement. Henry Walter Bates (1825-1892), naturaliste et un explorateur britannique, est connu pour son travail sur la diversité des papillons en Amazonie, décrit l'adaptation comme un processus par lequel les organismes ou les groupes d'organismes effectuent des ajustements biologiques ou comportementaux pour améliorer leur réussite reproductive et leur survie dans leur environnement. Les résultats de ces adaptations ne peuvent être mesurés qu'à long terme et les conséquences évolutives de ces comportements ne peuvent pas être prédites. De nos jours, en anthropologie sociale, on parle de l'adaptation culturelle qui concerne tous les comportements et les réponses acquis (socialement ou par l'apprentissage) qui affectent la survie humaine (reproduction, alimentation et habitat). Par exemple, la communication orale est une forme d'adaptation culturelle et biologique qui a contribué au développement de la culture humaine. Elle a évolué en même temps que le cerveau humain, en se stimulant et en se renforçant mutuellement. L'une des clés de l'adaptation est la variation comportementale, qui implique les choix et les décisions.

- En sociologie

L'adaptation sociale est l'étude des changements chez un individu qui lui permettent de s'intégrer et de se sentir appartenir à un groupe. L'adaptation sociale et l'adaptation culturelle ont des similitudes en termes d'inadaptation et d'adaptation psychologique. Ils sont liés aux concepts d'intégration sociale et de socialisation. Un individu doit intérioriser et intégrer les normes, les valeurs et les symboles de son environnement pour pouvoir communiquer et évoluer facilement. Cependant, l'adaptation sociale ne signifie pas conformité car s'adapter à un environnement peut aussi introduire l'innovation ou la modification. Les organisations peuvent résister aux changements (sociaux, économiques, technologiques) mais pour ne pas disparaître, elles doivent se transformer en acceptant des changements graduels et permanents plutôt que soudains et brutaux. Les employés

doivent apprendre ensemble de nouvelles façons de faire, ce qui représente les ajustements sociaux.

3.2.3 L'adaptation au service de la compétence

Le concept de *growth mindset* est une théorie développée par la psychologue américaine Carol Dweck. Elle connue pour ses travaux sur la motivation, la personnalité et la théorie de l'apprentissage, elle est professeure émérite de psychologie à l'université de Stanford. Elle suggère que les individus qui ont une mentalité de croissance proposent que leurs compétences et leurs capacités puissent être développées par l'effort, la persévérance et l'apprentissage continu. Ils présentent les défis comme des opportunités et ne se découragent pas face aux échecs, mais les voient comme des occasions d'apprentissage. En revanche, une mentalité fixe est caractérisée par la croyance que les compétences et les capacités sont déterminées par des facteurs immuables tels que le talent ou l'intelligence. Les personnes ayant cette mentalité sont plus enclines à éviter les défis de peur de paraître incompétentes et peuvent abandonner rapidement face à l'adversité.

Le concept de *growth mindset* est important car il pousse les individus à s'adapter pour surmonter les obstacles et à atteindre leurs objectifs en développant une attitude positive envers le changement, l'apprentissage et le développement personnel.

3.3 La qualité des soins

3.3.1 Définitions

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1982 propose une définition de la qualité des soins : “ Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en

termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (11).

Une autre définition, plus générale largement utilisée, a été écrite par l'IOM (*Institute of Medicine*) des États-Unis : «la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (12). Les définitions peuvent être multiples. En effet, il existe de nombreuses manières de juger la qualité des soins. Est-ce le matériel, l'humain, l'organisation qui est jugé ? A quelle place se situe l'observateur ? En fonction de l'approche choisie, l'analyse ne sera pas conduite de la même manière.

Par exemple, Avedis Donabedian (1919-2000), médecin et épidémiologiste américain, est connu pour ses travaux sur la qualité des soins de santé et son modèle d'analyse de la qualité des soins de santé, l'appréhende par quatre niveaux concentriques, reflétant les différentes dimensions de la qualité des soins. Ces niveaux sont la relation : médecin-soignant, les installations et équipements, les soins mis en œuvre par le patient et enfin les soins reçus par la communauté. Claire Hurlimann, assistante hospitalière universitaire, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière, propose une approche reposant les différents points de vue selon l'observateur :

- La qualité des soins selon les patients

Les patients jugent la qualité des soins au regard de leur expérience, de leur vécu en tant que bénéficiaire des soins. La qualité de l'accueil, de la communication avec les professionnels du soin, ou encore les délais d'obtention de rendez-vous sont des critères essentiels pour eux. Les usagers de la santé, jusqu'à il y a peu, maintenus à l'écart des informations en matière de santé, se sont emparés de cette problématique. Cette relation patient-soignant très déséquilibré, avec d'un côté les sachants et de l'autre les malades, tend à se réduire. La place accordée aux patients dans le système de santé est de plus en plus importante. Les usagers recherchent une plus grande transparence du système et ils attendent davantage d'informations en matière de santé.

- La qualité des soins selon les professionnels de santé

Pour les équipes de soins, le critère qui prime est l'excellence technique. C'est l'ensemble des compétences des professionnels et l'opportunité d'exécution des soins. La sécurité, la prise en compte des besoins et des souhaits de chaque patient sont également essentielles. De plus, ils accordent une grande attention à la qualité de communication et au lien de confiance avec les patients. Pour les gestionnaires et les cadres soignants, ces critères peuvent être encore différents. Ils ont la responsabilité dans les établissements de santé de l'amélioration de la qualité du processus de prise en charge des patients, ce qui les place dans une position externe aux soins.

- La qualité des soins selon les organismes payeurs

Pour les pouvoirs publics et l'assurance maladie, c'est une recherche de l'utilisation optimale des ressources qui est primordiale : dispenser des soins essentiels à la majorité plutôt que l'excellence technique à une minorité. La priorité repose sur l'offre de soins et son accessibilité. L'efficacité du système est l'objectif et la maîtrise des coûts fait partie intégrante des critères de qualité des soins. Il s'agit d'allier les besoins en santé de la population et les ressources disponibles, dans un cadre de maîtrise des dépenses. La question de la maîtrise des dépenses en santé est au cœur des débats actuels sur la mise en œuvre de la qualité des soins dans les établissements de santé en France. Les professionnels de santé revendiquent une diminution de la pression budgétaire qui entrave la qualité des soins.

3.3.1 La mesurer pour l'améliorer

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale pour améliorer le système de santé. Bien que la France ait la réputation du meilleur système de santé dans le monde, selon l'OMS, elle a des lacunes concernant l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins. La démarche de la promotion de la qualité et de la sécurité des soins est au cœur des préoccupations et des politiques publiques, comme l'illustre La Haute Autorité de Santé (HAS).

Elle a trois objectifs :

- examiner les médicaments, les dispositifs médicaux et les procédures médicales pour déterminer s'ils sont éligibles au remboursement
- promouvoir les bonnes pratiques et élaborer des recommandations de santé publique
- mesurer et améliorer la qualité des hôpitaux, des cliniques, des cabinets médicaux et des établissements sociaux et médico-sociaux

L'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) propose pour mettre en avant, comme illustré par le schéma suivant, les dimensions principales de la qualité des soins de les regrouper dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficacité. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions que l'on retrouve dans de nombreuses définitions telles que la pertinence, la ponctualité, l'aptitude, la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc.



Schéma 2 : Les dimensions de la qualité des soins (12)

3.3.2 Les outils de mesure

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins permettent de mesurer l'état de santé d'un patient, d'une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement à analyser. Ils mesurent le bon déroulement d'une procédure de soins ou le résultat.

Les données sont relevées à partir des dossiers des patients, des bases de données médico-administratives, de questionnaires établissements et ou de questionnaires patients. Ces indicateurs sont utilisés par :

- les usagers et les patients pour se renseigner sur la qualité des offres de soins des établissements de santé.
- les établissements de santé et les professionnels y travaillant, pour mesurer et améliorer la qualité de leur pratique et pour piloter la qualité des soins dans leurs établissements (notamment via la certification).
- les régulateurs de soins pour coordonner au niveau régional et national les politiques d'offres de soins.

3.3.3 La démarche qualité

La démarche qualité dans le milieu hospitalier est une notion que la médecine a emprunté à l'industrie. Elle est en général adossée à la notion de gestion des risques. "La démarche qualité a pour objectif d'améliorer le fonctionnement et le savoir-faire de l'entreprise. Elle oriente la stratégie (organisation et production) en fonction des attentes du client et permet aux salariés de travailler dans de meilleures conditions. Cet outil stratégique doit être soutenu par la direction et doit impliquer tous les collaborateurs car sa mise en place requiert l'adhésion de toute l'entreprise." (13)

3.3.4 Application au monde la santé

La mixité de type de "clients" :

Comme décrit précédemment, le jugement de la qualité des soins dépend des yeux de l'observateur. Il existe de nombreuses catégories de "clients", en étant non exhaustif, nous pouvons citer les patients hospitalisés, ceux bénéficiant des consultations externes, la famille des patients, les professionnels de santé de l'établissement ou ceux externes qui adressent leur patient à cet établissement.

Le rôle des professionnels :

Les professionnels de santé sont conduits à délivrer un service en temps réel dont la qualité est dépendante de la qualité des décisions qu'ils prennent pour assurer une prise en charge adaptée et de la qualité technique des soins dispensés. Chaque professionnel a une responsabilité propre dans ce processus de qualité de par son autonomie (plus ou moins grande en fonction du corps de métier) dans le choix de son intervention.

L'établissement de santé dans un réseau de soins :

La prise en charge en établissement de santé est souvent une des étapes dans le parcours patient, qui se joue dans un réseau plus global de soins. Les prises en soin dans un établissement de santé sont tributaires des actions réalisées en amont et doivent souvent être relayées en aval.

3.3.5 Démarche qualité et accréditation

C'est au cours des années 80, que le concept de démarche qualité dans les établissements de santé fait son apparition en France. Certains établissements ont mis en place des démarches qualité structurées de façon autonome. Suite à l'ordonnance du 24 avril 1996, mise en œuvre par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), instituant en France une démarche d'accréditation, un fort développement des démarches qualités s'opèrent. L'accréditation a pour objectif de promouvoir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé. L'HAS délivre une certification, dont l'évaluation repose sur un référentiel commun pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux spécifié à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), sauf s'ils ont obtenu une exemption prévue par le code. Elle utilise des méthodes uniformes pour toutes les structures, avec un cadre clair et commun, afin de faciliter l'élaboration de plans d'amélioration de la qualité et de la priorisation des actions. Elle permet aux établissements de structurer une démarche qualité : un diagnostic est réalisé lors de la phase d'auto-évaluation et les axes de structuration sont issus d'une démarche participative. Un rapport d'accréditation sera rédigé par une équipe d'experts-visiteurs, venant affiner la procédure de qualité. L'accréditation correspond donc à un système de reconnaissance externe de la qualité.

Dominique Boudin, experte qualité à la chambre de commerce et d'industrie de Lille métropole, explique les points essentiels pour mettre en œuvre une démarche qualité. Elle parle notamment de la forte implication de la direction, convaincue de la nécessité du changement en interne en mettant en place une stratégie globale. L'encadrement a une responsabilité majeure dans le développement et l'implication des collaborateurs. L'implication du personnel est très importante en phase de conception et d'application. Ils sont sur le terrain et savent apprécier le réalisme des solutions retenues. Il préconise également des améliorations progressives, à formaliser autant que nécessaire. La gestion du temps est un facteur clé, tout comme la communication. La démarche qualité lui apparaît comme un état d'esprit, une dynamique de travail.

4. Méthodologie de recherche

4.1 Pré-enquête

Mon travail de recherche s'est développé par étapes successives à travers une approche réflexive. J'ai choisi un sujet de recherche qui m'intéressait personnellement et professionnellement avec un fort enjeu professionnel, ma question de recherche a été affinée par des discussions informelles tout au long de ma formation. J'ai pu orienter l'objet de mon travail en échangeant avec des infirmiers anesthésistes.

4.2 Choix de l'outil d'investigation

Les entretiens portent sur un phénomène général, mon but est de comprendre, de manière globale, le sujet étudié en captant les ressentis et expériences des professionnels interrogés. L'entretien semi-directif permet à la personne interrogée de donner librement son avis sur un sujet spécifique. Les questions sont préparées à l'avance pour structurer l'entretien. Il permet une interaction en me permettant de relancer la personne interrogée et de changer l'ordre des questions en fonction de la progression de l'entretien. Il peut également faire surgir de nouvelles idées pour la recherche.

4.3 Construction de l’outil

Dans le but de mener ces entretiens semi-directifs, j’ai construit un guide d’entretien en suivant une séquence chronologique afin de les guider vers ma problématique. J’ai cherché à ne pas induire de réponse, mais plutôt à rebondir sur les éléments apportés par les professionnels. La première partie de l’entretien a pour objectif qu’ils définissent leur contexte d’exercice en identifiant un certain nombre de changements auxquels ils sont confrontés et les difficultés que cela peut engendrer. Par la suite, je souhaite qu’ils donnent leur propre définition de la qualité des soins. J’aimerais qu’ils identifient ce qui est essentiel pour eux dans la prise en charge des patients. La dernière partie de l’entretien permet de faire le lien avec les deux premières parties. Je cherche à savoir quelles stratégies ils mettent en place pour composer avec les contraintes imposées par ces changements, dans le but de répondre à leur exigence de qualité de soins. Je pourrais ensuite analyser ces stratégies et chercher l’existence d’une compétence adaptative.

4.4 Choix et description de la population étudiée

J’ai voulu un panel de huit professionnels diversifiés afin d’être le plus représentatif de la population IADE. Il compte quatre femmes et quatre hommes, travaillant pour la plupart au CHU de Pontchaillou (Île et Vilaine) dans des pôles différents et une au CH d’Avranches (Manche). Je les ai regroupés en trois catégories relatives à leur durée d’expérience en tant qu’IADE :

- 0-5 ans : 3 personnes
- 5-10ans : 3 personnes
- + de 10ans : 2 personnes

4.5 Limites de l'enquête

J'aurais aimé avoir une population encore plus diversifiée, provenant de multiples établissements (privés, publics). En l'absence de réseau dans d'autres établissements et en raison du calendrier limité de la rédaction du mémoire, j'ai dû me concentrer sur le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Pontchaillou, où j'ai pu aisément contacter les professionnels IADE

5. Analyse et interprétations des résultats

Pour donner suite à la réalisation des entretiens avec les professionnels IADE, j'ai conçu une analyse qui met en avant leurs éléments de réponse. J'ai pu mettre en lien ces éléments avec mon cadre conceptuel, ce qui permet d'éclairer leurs réponses.

5.1 Présentation des professionnels

Professionnel	Établissement d'exercice	Bloc d'affectation	Gardes	Autres
IADE 1	CHU Pontchaillou (Rennes)	Neurochirurgie, ORL (oto-rhino-laryngologie)	Bloc des urgences, cardiologie, SAMU	SSPI (Salle de surveillance post-interventionnelle)
IADE 2	CHU Pontchaillou (Rennes)	Urologie, digestif, orthopédie	Bloc des urgences, cardiologie, SAMU	SSPI, astreintes pédiatriques

IADÉ 3	CHU Pontchaillou Hôpital Sud (Rennes)	Chirurgie pédiatrique multidisciplinaire, chirurgie adulte gynéco et plastie	Bloc des urgences pédiatrique, adulte gynéco et plastie, maternité	SSPI
IADÉ 4	CHU Pontchaillou (Rennes)	Urologie, digestif, orthopédie	Bloc des urgences, cardiologie, SAMU	SSPI, activités de formation
IADÉ 5	CHU Pontchaillou (Rennes)	Urologie, digestif, orthopédie	Bloc des urgences, cardiologie, SAMU	SSPI, CETD (Centre d'évaluation et de traitement de la douleur)
IADÉ 6	CHU Pontchaillou (Rennes)	Urologie, digestif, orthopédie.	Bloc des urgences, cardiologie, SAMU	SSPI
IADÉ 7	CH Mont-St- Michel (Avranches)	Bloc pluridisciplinaire	Bloc d'urgence	SSPI, pose de PICC Line
IADÉ 8	CHU Pontchaillou (Rennes)	Urologie, digestif, orthopédie	Bloc des urgences	SSPI, activité de formation

J'aimerais mettre en avant la durée de leur expérience en tant qu'IADE, qui peut être une donnée clef d'analyse de leurs réponses. Je peux donc les regrouper en trois catégories :

Années d'expérience IADE	IADE
- 5 ans	1, 2, 7
Entre 5 et 10 ans	3, 6
+ 10 ans	4, 5, 8

De nombreuses classifications différentes existent pour tenter de définir les niveaux d'expérience des professionnels. Globalement nous pouvons considérer que les moins de cinq ans d'expérience sont des juniors, les confirmés ont entre cinq et dix ans d'expérience et les « séniors », plus de dix ans. Le niveau d'expérience n'est pas à confondre avec l'âge. On peut être aussi bien junior ou senior à 40 ans. L'expérience pousse vers la compétence et l'expertise. En général, la compétence implique des connaissances et des qualifications qui permettent d'agir dans un domaine général. L'expertise professionnelle se distingue par des compétences et des connaissances plus avancées dans un domaine spécifique qui va au-delà de la simple compétence générale.

5.2 Le changement

5.2.1 Identification des changements

La première partie des entretiens vise ce que les professionnels identifient les processus de changement auxquels ils peuvent être confrontés durant leur exercice professionnel et des réactions positives/négatives que cela génère. Pour rappel, Gérard Dominique Carton (8) définit le changement comme une notion dynamique, de modification, de rupture avec un état antérieur.

Lorsque je leur ai demandé s'ils ont déjà été confronté au changement, unanimement ils me répondent oui, en insistant sur la haute fréquence de changement dans leur exercice : « *tous les jours, même parfois plusieurs fois dans la même journée* » (IADE 1, ligne 18), c'est « *quelque chose de constant* » (IADE 2, ligne 17), « *le cœur du métier en fait le changement* » (IADE 3, ligne 16-17), « *c'est un métier avec des changements un peu perpétuels* » (IADE 7, ligne 17). Ils ont donné des exemples sans être exhaustifs : il s'agit non pas de l'ensemble des changements auxquelles ils sont confrontés mais des éléments les plus impactant pour eux.

- L'équipe

Les IADE interrogés ont tous évoqué dans leur pratique professionnel, être confrontés aux changements d'équipes en mettant notamment l'accent sur le changement de binôme de médecin anesthésiste : « *on a des médecins (anesthésistes) différents, parfois des médecins intérimaires* » (IADE 3, ligne 20-21), « *changements de médecin, parce que bah chaque bloc, chaque spécialité a ses médecins référents* » (IADE 1, ligne 21-22), « *les changements (...) de collègues ou d'équipes, de médecins anesthésistes avec lesquels on travaille.* » (IADE 2, ligne 18-19). L'activité de l'IADE est pratiquée sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur (l'article R4311-12 du code de la santé publique), ce qui place cette relation au cœur du métier des IADE et donc au cœur de leur réponse durant les entretiens. Les IADE 3,4 et 7, ont fait le lien entre le changement de médecin anesthésiste avec un changement de procédure d'anesthésie : « *deux médecins anesthésistes ne vont pas forcément agir de la même manière, prendre les mêmes décisions, au même moment.* » (IADE 3, ligne 39-40), « *il faut faire une autre stratégie anesthésique, il faut re préparer alors que le patient est déjà là dans la salle* » (IADE 4, ligne 54-55), « *chacun sa pratique et chacun ses habitudes aussi, donc c'est du changement* » (IADE 7, ligne 26). Le terme de « stratégie » d'anesthésie est unanimement utilisé par les IADE interrogés, alors qu'il a remplacé le mot « protocole » dans l'article R4311-12, seulement en 2017. A travers leur réponse, la notion « objectif commun » entre le MAR et l'IADE est mis en avant, tout comme l'autonomie de l'IADE dans la l'analyse et dans la prise de décision dans la situation de soins.

- Lieux d'exercice

Le changement de lieux d'exercice régulier est également identifié par l'ensemble des IADE. Ils parlent de changement de lieux d'exercice (bloc opératoire, SAMU, SSPI, déchocage...), mais également de différentes spécialités chirurgicales au sein d'un même bloc : « *je change de bloc parfois tous les jours, même parfois plusieurs fois dans la même journée* » (IADE 1, ligne 17-18), « *changement de poste, un jour on va être en salle de réveil, un jour on va être au bloc* » (IADE 3, ligne 21-22), « *bloc du CUR et puis on t'appelle parce qu'il y a un déchoc, donc voilà tu confies ton patient à quelqu'un d'autre* » (IADE 5, ligne 19-20), « *je m'adapte à aller dans différents services* » (IADE 6, ligne 12), « *On change de spécialité tous les jours, on change de casquette, des fois en salle de réveil, des fois on est en salle, des fois on est à la mater* » (IADE 7, ligne 23-25). Tous ces changements de lieux font référence à l'exercice IADE défini par l'article R4311-12 du code de la santé publique, qui dit que les IADE ont une compétence en anesthésie, au bloc opératoire mais également en salle de surveillance post-interventionnelle où notamment ils sont compétents dans la prise en charge de la douleur.

- Le patient

Le dernier changement mentionné par l'ensemble des IADE est le patient. L'IADE 1 dit devoir « *s'organiser en fonction (...) des besoins pour le patient.* » (ligne 25-26), l'IADE 2 dit « *le changement c'est aussi à chaque patient, les profils, leurs caractéristiques, les terrains. Les évolutions du patient le jour où on l'opère, s'il y a un changement d'état* » (ligne 19-21). L'exercice IADE implique de s'occuper de plusieurs patients par jour, ce qui rend ce changement pluriquotidien. L'IADE 2 explique qu'un même patient peut changer d'état et demander un changement de procédure d'anesthésiste. La prise en soin des patients est évolutive, il s'agit d'aller observer et rechercher ces changements. L'IADE 8 met le patient au centre de sa pratique : « *le fil conducteur : le patient* » (ligne 36). Les IADE font ici appel à leur expertise et à l'autonomie permise par la notion de stratégie d'anesthésie pour conduire leur prise en charge et répondre aux besoins des patients.

- Evolution des pratiques en anesthésie

La discipline de l'anesthésie et plus largement de la médecine est en perpétuelle évolution et changement. Les professionnels doivent se maintenir en compétence et suivre les évolutions de leur profession (recommandation SFAR 1995). Ce thème est abordé par les IADE 5,7 et 8. Les IADE 5 et 8, qui ont plus de dix ans d'expérience parlent de procédure d'anesthésie révolue entre le début de leur carrière et aujourd'hui : « *dans la longueur tu sens les changements.* » (IADE 8, ligne 45). Ils donnent des exemples : « *ce qui était vrai en 2000 en neurochir, par exemple, n'est plus vrai en 2021-2023* » (IADE 8, ligne 41) ou encore « *moi les ALR autrefois, ça ne se faisait pas sous échographe. Notre métier évolue et ce qu'on faisait il y a 10 ans, on ne le fait plus maintenant* » (IADE 5, ligne 90-91). L'IADE 7, jeune diplômée, raconte ne pas avoir eu de changement conséquent qui ont pu la perturber. Néanmoins, elle a conscience qu'elle y sera confrontée. Elle parle de ses collègues qui « *eux par contre ont vu de gros changements en anesthésie* » (ligne 52-53).

- Matériels

Les IADE 1 et 7 témoignent être confrontés à des changements de matériels, qu'ils mettent en lien avec les changements de lieux d'exercice : « *du matériel par exemple qu'on a au CHU, au NIRS, des choses comme ça, on ne l'a pas forcément dans les hôpitaux périphériques.* » (IADE 7, ligne 18-20). L'IADE 1 dit « *du matériel que je ne maîtrise pas spécialement* » (ligne 19-20). Ces deux IADE ont moins de deux ans d'expérience, ce qui pourrait expliquer que ce soit un changement auquel ils sont plus sensibles que les IADE expérimentés qui ne le mentionnent pas.

- Changements organisationnels

Enfin, les derniers changements rapportés par les IADE sont d'avantage d'ordre organisationnel/institutionnel. Ils sont ancrés dans un établissement et une organisation institutionnelle qui ne répond pas qu'aux seules contraintes liées à la profession IADE. L'IADE 2 et 8, parlent de changement inopiné de planning, d'attribution de salle

notamment pour effectuer des remplacements. L'IADE 4 relève les « rajouts » de patients afin d'optimiser les plages horaires de bloc : « *j'ai récupéré un patient d'un autre bloc pour qu'il puisse être opéré dans les heures imparties* » (ligne 31). L'IADE 5 parle des problèmes de communication/coordination entre les différents services : « *tu te dis : je vais avoir le temps de préparer, sauf qu'en fait, au niveau de la régulation et il y a un problème, j'imagine de communication, et le patient est déjà au déchocage, on t'attend* » (ligne 48-49).

5.2.2 Stimulation et / ou difficulté ?

A travers cette question : « Trouves-tu que ces changements sont plutôt stimulants ou sont-ils plutôt une difficulté dans ta pratique ? » (Annexe I), il s'agit d'aborder la notion explicitée par Gérard Dominique Carton : intégration ou non de ces changements. Les IADE définissant ces changements comme stimulants, vivent ces changements en adéquation avec leurs aspirations. Cela correspond à leurs attentes, leurs souhaits et leurs valeurs qui sont souvent intégrés de manière quasi immédiate. Lorsque les IADE, parlent de difficulté, ils parlent de changements en contradiction avec les aspirations. C'est lorsque le changement ne correspond pas à leurs attentes ou ne s'inscrit pas dans leur référentiel de valeurs que le processus d'intégration est bloqué. Cela se manifeste par une mécanique de rejet. Néanmoins, j'ai pu aussi voir des IADE parlant de difficulté non pas par rejet de ces changements mais par manque de ressources/d'expérience.

Lorsque je leur ai posé cette question, la grande majorité, 6 sur 8 a répondu que c'était stimulant, une personne que c'était une difficulté et une dernière qui dit que ce n'est plus une difficulté parce qu'elle a acquis de l'expérience, mais pour autant n'en parle pas comme quelque chose de stimulant. Les IADE 1,2,3,5,7 et 8 se disent stimulés par tous ces changements. L'IADE 1, jeune diplômé, répond que cela lui permet de devenir polyvalent, « *d'avoir un maximum d'expériences, de grandir, de prendre confiance en soi.* » (ligne 30-31). L'IADE 2 explique que c'est une compétence IADE de pouvoir composer avec ces changements, elle parle cependant d'inconfort de travail en lien avec les changements organisationnels (ligne 48-49). Pour l'IADE 7, c'est en partie une question de caractère : « *je pense que c'était aussi en termes de caractère, moi, le changement si c'est positif pour le patient et puis si c'est dans un sens où ça peut avoir un intérêt pour tout le monde, pour le patient, bah pourquoi pas.* » (ligne 61-63).

L'IADE 3 dit que c'était ce qui l'attirait dans cette spécialité (ligne 27). Ils parlent ici du concept de *growth mindset*, développé par la psychologue Carol Dweck. Il aide les individus à s'adapter pour surmonter les obstacles et à atteindre leurs objectifs en développant une attitude positive envers le changement, l'apprentissage et le développement personnel. De plus, les IADE 5 et 8, n'aimant pas la routine décrivent ces changements comme essentiels : « *pour moi c'est vital* » (IADE 8, ligne 28), « *j'ai besoin d'avoir cette petite... on va dire cette poussée d'adrénaline* » (IADE 5, ligne 62-63). Cependant les IADE 1,2 et 7 émettent une nuance en parlant de la fatigue engendrée par l'adaptation à ces changements. L'IADE 2 dit, « *un peu plus fatiguant de devoir se réadapter sans cesse* » (ligne 48-49), l'IADE 1 parle de la fatigue provoquée par l'hypervigilance que ça lui demande (ligne 32-33). Ces trois IADE représentent l'ensemble des IADE jeunes diplômés interrogés. Ces changements leur demande peut être des efforts et une vigilance supplémentaire qui diminuera avec l'expérience. L'IADE 6, ajoute que c'était une difficulté lorsqu'elle était jeune diplômée : « *C'était plus une difficulté au début du diplôme, maintenant avec l'expérience, c'est moins déstabilisant, parce que on a l'expérience, on sait ce qu'on fait, on sait ce qu'on doit faire.* » (ligne 19-20). Le fait qu'elle ait gagné en expérience lui permet de s'autoriser à se positionner (ligne 22) et à mieux appréhender les changements. L'IADE 3 rejoint les propos de l'IADE 6 : « *Au départ ça a pu l'être (une difficulté). Changer de médecin tous les jours, que tu ne connais pas et qui ne te connais pas, c'est une source de difficulté* » (ligne 34-35), « *stimulant quand tu es expérimenté* » (ligne 196). Ces deux IADE ont environ six ans d'expérience, ils ont le recul sur leur début de carrière, l'expérience leur permet de s'adapter aux changements plus facilement. L'IADE 4, qui a plus de dix ans de carrière, est le seul à ne pas juger ces changements comme stimulant : « *c'est quelque chose qui vient plutôt perturber ton organisation.* » (ligne 27-28).

5.2.3 Les changements les plus marquants

J'ai interrogé les IADE sur les changements les plus marquants dans leur exercice professionnel, que ce soit par la fréquence ou bien la difficulté. Le schéma suivant montre les changements principaux décrits par les IADE.

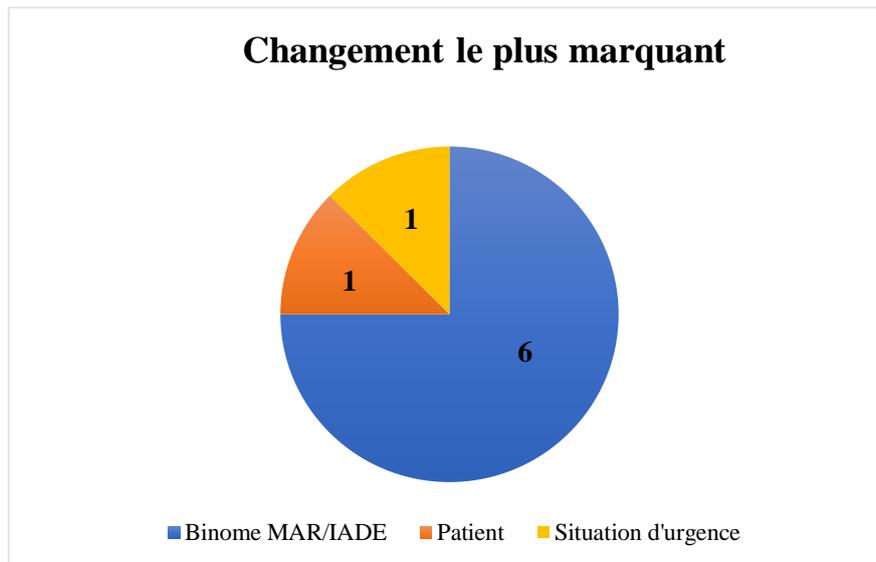


Schéma 3 : Le changement le plus marquant pour les IADE.

De nouveau, le fonctionnement du binôme MAR/IADE scellé par l'article R4311-12 du code de la santé publique, est une préoccupation centrale. 6 IADE (IADE 1, 3, 4, 6, 7 et 8) sur 8 estiment que le changement de binôme MAR/IADE est le plus marquant. Cela a un impact sur l'adaptation de la stratégie d'anesthésie en fonction du médecin. L'IADE 4 parle de changement inopiné de binôme et dit « *il y a changement (de médecin anesthésiste), et tu changes tout, toute la stratégie, tout ce que tu as préparé, ce que tu as mis en place* », (ligne 53-54) ; « *il te modifie tout en deux minutes (...), quelque chose de bien préparé où tu te sens en sécurité et prêt.* » (ligne 58-60), cela lui demande de se réadapter rapidement, ce qui impacte selon lui la sécurité du patient. L'anticipation lui permet de maîtriser la situation et d'anticiper les risques. L'IADE 7 souligne que les médecins anesthésistes « *ont des façons différentes de travailler* » (ligne 22), le travail IADE étant sous leur responsabilité, cela implique forcément une modification des pratiques chez les IADE. Les IADE 1,3,6 et 8 parlent de la relation de confiance qui anime ce binôme et qui semble faciliter la collaboration. L'IADE 1 dit « *il y a une certaine image à renvoyer* » (ligne 42-43), c'est un jeune diplômé, il sent qu'il doit faire ses preuves. C'est un sentiment partagé par l'IADE 6 lorsqu'il va travailler en cardiologie, avec des médecins qu'elle ne connaît pas et qui selon elle, ne lui font pas confiance : « *bon aller il faut que tu fasses bien les choses, faut que tu réussisses* » (ligne 34). Il parle d'une évolution de comportement des médecins au fur à mesure qu'ils travaillent

ensemble et que la confiance s'installe : « *Au fil de la journée, s'il voit que tu travailles bien, ça va mieux.* » (ligne 41). Gagner la confiance des médecins anesthésistes semble être un objectif pour eux. L'IADE 3 parle de son début de carrière, de la « *source de difficulté* » (ligne 35) que représente la méconnaissance de son binôme. Il dit : « *que tu ne connais pas et qui ne te connais pas* » (ligne 34-35), il rajoute la notion supplémentaire : la confiance de l'IADE en le MAR, c'est à double sens. L'IADE 8 reprends bien cette problématique, « *La grande difficulté (...) tu te retrouves avec des intérimaires. C'est des médecins qui ne te connaissent pas, ne connaissent rien dans l'organisation, rien absolument rien, donc en fait c'est toi qui vas être le personnel ressource.* » (ligne 131-134).

Le changement le plus marquant pour l'IADE 5 sont les situations d'urgence. La réanimation per-opératoire est inscrite dans le champ de compétences des IADE (l'article R4311-12 du code de la santé publique). Elle décrit des situations où elle doit venir en soutien ou en relais de collègues pour prendre en charge un patient en situation d'urgence vitale, elle le raconte de cette manière « *est-ce que tu peux aller dans la salle 3 parce que le patient saigne ?!* », donc là t'arrives, c'est vrai comme un cheveu sur la soupe » (ligne 33-34), « *Donc c'est de basculer en fait ton cerveau comme s'il ouvrait un autre tiroir* » (ligne 70-71). Elle doit agir vite, être efficace mais sans avoir pu anticiper, ni connaître le dossier du patient, « *quand on arrive et qu'on ne connaît pas les antécédents du patient, quand on ne sait pas ce qui s'est réellement passé* » (ligne 43-44), parfois en changeant de lieux d'exercice et devant prendre en compte les professionnels déjà inscrit dans cette situation de soins : « *le médecin lui demandait plein de choses donc voilà il était... donc ça a été un peu... moi j'arrive, je voulais l'aider, donc finalement on a trouvé notre petit truc, ils avaient besoin de matériel* » (ligne 35-37). Ce sont des situations avec de nombreux paramètres qui changent et qui arrivent brutalement. L'IADE 1 parle également de la difficulté à devoir gérer plusieurs éléments de changement dans une même situation : « *un seul changement, sur les dimensions techniques, matérielles et personnelles ça va, on est suffisamment entraîné pour s'adapter. Par contre plusieurs dimensions, qui changent en même temps, ça pour moi, multiplie la difficulté.* » (ligne 58-60).

5.3 La qualité des soins

La seconde partie de l'entretien a pour but d'identifier les priorités des professionnels pour répondre à leurs propres exigences de qualité des soins.

Lorsque j'ai interrogé les IADE sur leur définition de la qualité de soins et leurs critères prioritaires pour la garantir, des réponses très similaires sont ressorties. J'ai classé les éléments importants décrits par les IADE dans le schéma suivant.

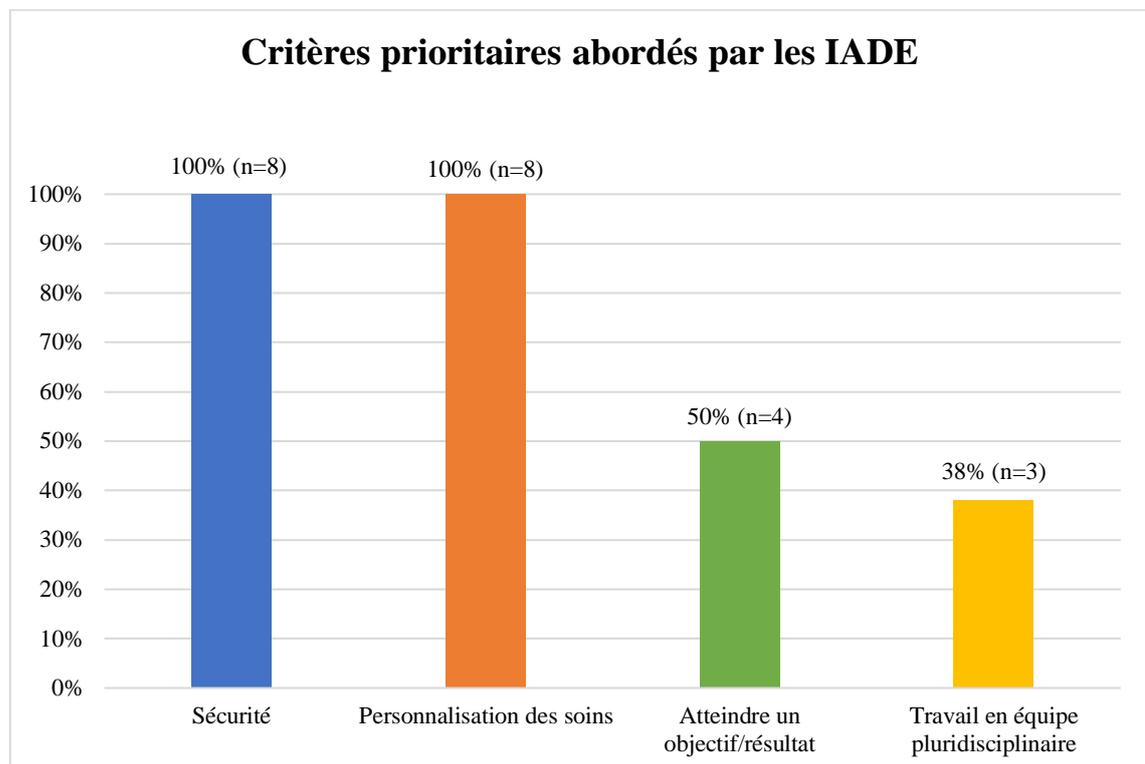


Schéma 4 : Les critères prioritaires favorisant la qualité des soins.

Claire Hurlimann propose une approche de la qualité des soins reposant les différents points de vue selon l'observateur. Ici nous sommes sur la qualité des soins selon les professionnels de santé.

5.3.1 La sécurité

L'IRDES met en avant les cinq dimensions principales de la qualité des soins parmi lesquelles se trouve la sécurité. Les IADE unanimement, parlent de la notion : « *Il y a surtout la sécurité qui est un point important* » (IADE 2, ligne 74),

« *Primordial pour moi ? Sécurité* » (IADE 6, ligne 75), « *Je dirais en numéro un, la sécurité.* » (IADE 3, ligne 64). Cette notion de sécurité s'applique avant même d'accueillir le patient, c'est la première étape de la prise en charge d'un patient en anesthésiste. L'IADE 1 dit « *mon dossier est préparé, ma salle est sécurisée et je connais mon intervention. Je sais où je vais, je connais les risques et je m'y suis préparé.* » (ligne 79-80). L'IADE 4 fait le lien entre la connaissance du patient et la sécurité : « *sécurité aussi que tu lui apportes par justement l'attention que tu lui portes* » (ligne 67-68), cela lui permet d'avoir une meilleure connaissance des risques en lien avec ses fragilités.

5.3.2 La personnalisation des soins

Cette seconde notion a été également abordée par l'ensemble des IADE interrogés, il s'agit de mettre le patient au cœur de la prise en charge. Claire Hurlimann explique que l'une des priorités des soins, en termes de qualité des soins, est à la qualité de communication et le lien de confiance avec les patients. Tous les IADE interrogés en ont fait une priorité, il faut connaître le dossier du patient, lui porter une attention particulière pour déterminer ses besoins. L'IADE 1 explique : « *on ne peut pas s'occuper d'un patient sans lui adresser la parole, sans lui montrer qu'il est unique* » (ligne 84-85). L'IADE 2 et 4 parlent de confort du patient, et de bien-être : « *qualité c'est le bien être, c'est l'accueil* » (IADE 4, ligne 70-71). L'IADE 3 aborde la notion de relation de confiance avec le patient (ligne 67), repris par l'IADE 8 qui parle de « *Créer un lien avec le patient* » (ligne 90-91). Tous ces professionnels ont pour objectif de répondre aux besoins des patients de manière personnalisée : « *réévaluation des actions, réévaluer leur pertinence* » (IADE 2, ligne 100-101), « *J'ai répondu au besoin des patients, je suis contente de mon travail.* » (IADE 6, ligne 59-60).

5.3.3 Atteindre un objectif/résultat

L'OMS en 1982 définit la qualité des soins comme : « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats

et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (11). La moitié des IADE ont souligné que répondre à un objectif ou obtenir un résultat fait partie de la qualité des soins : « *efficacité pour obtenir un résultat* » (IADE 2, ligne 100), le terme de « *résultat* » est repris par l'IADE 1 (ligne 68). L'IADE 5 parle « *d'objectif* » (ligne 126). L'IADE 8 parle « *d'être optimale dans les soins pour le patient* » (ligne 78), « *selon l'objectif des recommandations actuelles* » (ligne 79). Le suivi des recommandations des sociétés savantes est également abordé par l'IADE 2 (ligne 88) et l'IADE 7 (ligne 129).

5.3.4 Le travail en équipe pluridisciplinaire

Les IADE 3 et 7 soutiennent que le travail d'équipe est au service de la qualité des soins. A travers cette notion de travail en équipe, ils parlent d'une communication efficace. L'IADE 7 prend cet exemple : « *tout ce qui est checklist au niveau du patient en collaboration avec le chirurgien, le médecin anesthésiste, l'IBODE (Infirmière de Bloc Opératoire diplômée d'État), les aides-soignants et être sûr qu'on parle bien de la même personne.* » (ligne 80-82), « *pour une bonne coordination des soins* », (ligne 89). L'IADE 3 parle « *d'une bonne ambiance générale.* » (ligne 70), « *elle est un rôle clef sur la prise en charge du patient* » (ligne 91). Il dit que les échanges, source de sécurité et de qualité des soins sont facilités (ligne 82-84). L'IADE 1 aborde une notion qui peut être mise en lien avec ce travail d'équipe : savoir demander de l'aide à ses collègues lorsqu'il est en difficulté. Il dit « *reconnaître quand je suis en difficulté et savoir appeler à l'aide ou demander conseil ou de passer la main.* » (ligne 86-87). Il estime que reconnaître ses propres limites et utiliser comme ressources les compétences des autres professionnels permet de garantir la sécurité et donc la qualité des soins.

L'ensemble des éléments contributifs de la qualité des soins relevés par les professionnels se mettent au service de la démarche qualité. Les professionnels de santé sont conduits à délivrer un service dont la qualité est dépendante de la qualité des décisions qu'ils prennent pour assurer une prise en charge adaptée à la qualité technique des soins dispensés.

5.4 L'adaptation

La dernière partie de l'entretien a pour objectif de rechercher les stratégies développées par les professionnels pour composer avec ces changements et mettre en œuvre leur qualité des soins. Mettre en avant les ressources et les freins. Ces stratégies évoluent au fil de leurs carrières.

Les IADE ont tous parlé spontanément d'adaptation, tous ont utilisé « *adapter* » (IADE 2, ligne 23), « *adaptabilité* » (IADE 1, ligne 19), « *je m'adapte* » (IADE 6, ligne 84), pour décrire leurs actions, leurs réponses aux changements qu'ils rencontrent. L'IADE 7 a utilisé ces mots treize fois dans son entretien, L'IADE 8, sept fois. L'IADE 2 ajoute : « *L'adaptabilité, je pense qu'on peut dire que c'est une compétence* » (ligne 125). Le schéma suivant regroupe les compétences abordées par l'ensemble des IADE : l'anticipation, le positionnement professionnel et la communication. Ces sont des notions que je n'ai pas abordé dans mon cadre conceptuel, je vais donc les définir succinctement au fil de l'analyse pour éclairer les réponses des IADE.

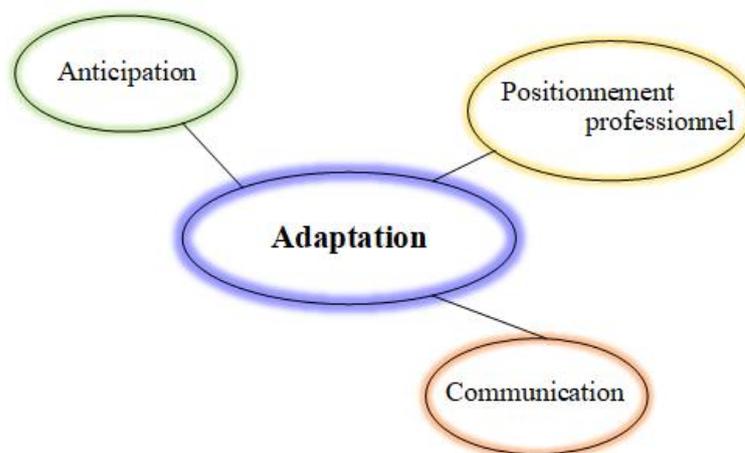


Schéma 5 : Les compétences au service de l'adaptation selon les IADE.

5.4.1 L'anticipation

Daniel Kahneman (1934-), psychologue et économiste comportemental, a remporté le prix Nobel d'économie en 2002 pour ses travaux pionniers en psychologie cognitive et en économie comportementale, décrit dans son livre "Système 1, système 2 », deux systèmes de pensée différents : le système 1, qui est rapide, intuitif et émotionnel, et le système 2, qui est plus prêt, réfléchi et rationnel. Il explique que la capacité d'anticipation dépend de la qualité des informations disponibles et de la capacité de notre système 2 à traiter ces informations de manière rationnelle. Il souligne également que les personnes ont tendance à surestimer leur capacité d'anticipation, en particulier dans des situations complexes et incertaines. Daniel Kahneman met en avant l'importance de la réflexion et de l'analyse pour développer une capacité d'anticipation efficace, tout en empêchant les biais cognitifs qui peuvent l'entraver.

L'IADE 1 dit « *on dit que la compétence majeure des IADE : c'est l'anticipation* » (ligne 134-135), pour lui cette anticipation lui permet « *de cibler les risques et les impératifs* » (ligne 136). L'IADE 6, lorsqu'elle doit faire ses preuves auprès des médecins anesthésistes, qui ne la connaissent pas, se dit « *il faut que tu anticipes* » (ligne 34-35). A travers cette réflexion, on voit que l'anticipation est un attendu prioritaire dans le travail IADE. Les IADE font un lien fort entre anticipation et sécurité. Il l'évoque notamment lorsqu'il explique les actions qui mettent en œuvre pour garantir la sécurité : « *Il y a surtout la sécurité qui est un point important, c'est tout ce qui est anticipation en termes de vérification, d'anticipation de matériel et d'évaluation des complications possibles.* » (IADE 2, ligne 74-75), « *sécurité, c'est-à-dire justement d'avoir bien anticipé les choses, être prêt à avoir ton matériel, avoir cette sécurité de l'anesthésie* » (IADE 4, ligne 66-67). Cela permet d'avoir un délai de réaction raccourci lorsqu'un événement se produit, comme l'explique l'IADE 3 « *quand il se passe quelque chose, t'es prêt finalement.* » (ligne 158). L'IADE poursuit cette idée en disant qu'un défaut d'anticipation est source d'insécurité et potentiellement de mise en danger du patient (ligne 124). L'IADE 3 fait le lien avec l'expérience pour permettre de développer cette capacité d'anticipation : « *je pense que les années et l'expérience t'amènent à mieux anticiper* » (ligne 158-159).

L'IADE 4 nous dit que lorsqu'il se retrouve dans une situation de soins non anticipés, lorsqu'il ne connaît pas le dossier du patient, le matériel, lorsque les drogues d'anesthésie ne sont pas prêtes, il utilise le *No Go* (ligne 104), « il faut savoir dire « non, je suis pas prêt » et pas se laisser embarquer par cette précipitation » (ligne 106-107). Il fait référence ici au positionnement professionnel (ligne 109), il rajoute « Ça, ça vient avec l'expérience. » (ligne 109). L'anticipation se met également au service de la personnalisation des soins car elle nécessite une connaissance du dossier du patient et de la mise à disposition de matériel favorisant le confort du patient : « *réchauffer la table, essayer de réchauffer aussi le brassard à tension parce que tous les éléments sont froids* » (IADE 6, ligne 93-94). L'IADE 8 en ayant consulté le dossier en amont personnalise son accueil et les questionnements auprès du patient pour lui montrer qu'il s'est intéressé à lui et qu'il a préparé son accueil personnalisé (ligne 89-92). L'anticipation permet, selon l'IADE 4, d'atteindre l'objectif, le résultat de soins fixé avec le médecin. Il parle de se mettre « *d'accord avec le médecin sur les risques sur ce qu'il veut et compagnie.* » (ligne 98-99), avant de débiter une prise en soin de patient.

5.4.2 Le positionnement professionnel

Cristina de Robertis, assistante de service social, diplômée de l'École universitaire de service social de Montevideo, auteur de nombreux ouvrages et articles sur la méthodologie du travail social, a défini le positionnement comme étant la manière dont le travailleur se situe au sein des différents pôles qui entourent sa pratique, tels que le cadre législatif, l'institution employeur, ses missions, l'usager, ses valeurs et la déontologie professionnelle. D'autre part, selon Rachel Chamla, assistante sociale et formatrice, auteur de « *Posture et positionnement professionnel dans une démarche de développement* » Dunod Paris, 2008, le positionnement professionnel est un processus de construction qui permet au professionnel de se situer dans un environnement défini. Ainsi, le positionnement devient un cadre de référence pour faire des choix entre des forces en tension, convergentes ou divergentes. C'est un processus de réflexion qui conduit à une prise de décision dans une situation particulière répondant à la question : "Que dois-je faire dans cette situation ?".

Les IADE ont tous mentionné faire preuve de positionnement professionnel afin de garantir leur qualité des soins ; Ils abordent leur manière de se positionner dans cet environnement de changements, de tensions, pour prendre en soin le patient. En lien étroit avec la communication, il leur permet de trouver leur place dans l'équipe et de pouvoir participer activement à la prise en soin des patients, « *des fois on peut être en désaccord avec le médecin anesthésiste, (...). Et puis discuter, calmement et dire : « moi je ne suis pas d'accord » ou poser la question « pourquoi vous avez fait ce protocole plutôt qu'un autre », être toujours dans le dialogue. »* (IADE 6, ligne 108-111). L'IADE 6 fait preuve de résistance au changement par l'argumentation pour créer un dialogue. Soit, il se laisse convaincre de la nécessité du changement soit il convaincra l'autre partie de faire différemment. L'IADE 4 fait preuve de résistance également mais par d'inertie : « *quand c'est no go c'est no go je ne suis pas prêt, le chir peut être en train de taper du pied, je ne vais pas, je vais continuer à bien m'installer pour mettre mes voies, je ne vais pas non plus faire n'importe quoi pour éventuellement gagner une minute à l'arrivée »* (ligne 175-178).

Pour une relation d'équipe propice à un travail sécurisé et efficace, l'IADE 3 parle du respect mutuel nécessaire dans ces relations, si la relation « *est saine et bilatérale »* (ligne 102), « *le chirurgien peut à tout moment dire ce qu'il veut, ou ce qu'il souhaite, ou ce qui ne va pas et je trouve que c'est beaucoup plus facile à ce moment-là de dire : « ok pas de souci, je fais ci, je fais ça, pour que ce soit mieux pour vous, de votre côté ».* » (ligne 88-90). Un positionnement adapté, pour l'IADE 1, c'est montrer aux autres ses atouts et ses limites : « *être capable d'affirmer avec certitude ce que j'ai comme compétences. Donc, c'est je pense du positionnement.* » (ligne 106-107). Pour parler de ses limites, l'IADE 8 parle « *d'humilité »* (ligne 179). Deux des trois IADE jeunes diplômés mettent en avant leur position d'apprenant et de leur nécessité de solliciter ponctuellement leurs collègues plus experts, pour sécuriser leur travail : « *moi reconnaître quand je suis en difficulté et savoir appeler à l'aide ou demander conseil ou de passer la main »* (IADE 1, ligne 86-87), « *je suis encore en apprentissage. On va dire... voilà, c'est vrai que je vais beaucoup faire appel à mes collègues »* (IADE 7, ligne 99-100). L'IADE 5, qui a plus de dix ans de carrière poursuit cette idée en parlant de son envie de réactualiser ses connaissances (ligne 95-98), notamment en s'appuyant sur les étudiants (IADE, interne) qui ont des apports théoriques récents. Le positionnement

permet de s'affirmer dans des situations de tension, de pression, d'empressement, générant de l'insécurité : « *il faut savoir dire « non je ne suis pas prêt »* » (IADE 4, ligne 106-107), « *pas se laisser un peu prendre par cette semi-urgence* » (IADE 4, ligne 88-89). Pour l'IADE 2, c'est un des attendus de la fonction IADE : « *Parce que c'est aussi notre rôle en fait de dire stop, parce qu'on n'a pas justement tous nos éléments de sécurité ou parce qu'on voit qu'il manque quelqu'un d'important dans la chaîne* » (IADE 2, ligne 127-129). Selon l'IADE 8, la sécurité c'est aussi de se positionner dans son champ de compétences (défini par l'article R4311-12 du code de la santé publique), ne pas outre passé son champ d'action. Il dit : « *toujours la responsabilité au médecin, attention à ne pas prendre la responsabilité du MAR.* » (ligne 140-141), il fait référence à la situation de pénurie de MAR créant une augmentation de la présence de médecins intérimaires, moins investis dans les services. Il ajoute « *c'est une dérive que l'on a, c'est un nom sur une feuille d'anesthésie, il est responsable mais il y a beaucoup plus de poids sur tes épaules à toi et ça va être comme ça, c'est une évolution* » (ligne 135-137). Il est rejoint par l'IADE 6 qui dit que les IADE deviennent des référents de l'anesthésie, lorsque les médecins intérimaires ne connaissent pas le bloc. Ils sont cinq IADE sur les huit à avoir mentionné le travail avec un médecin anesthésiste intérimaire.

L'IADE 1 dit : « *Le positionnement c'est évolutif* » (ligne 108). En effet, tous les IADE sauf l'IADE 5, remarquent que leur positionnement professionnel évolue avec l'expérience, ils gagnent en confiance : « *là aujourd'hui, je suis capable de me positionner et de dire au médecin, non je suis pas prêt, cinq minutes voilà.* » » (IADE 4, ligne 115-116), « *en fonction des expériences vécues, on prend plus de confiance et en termes de positionnement, on peut plus facilement se positionner qu'au début* » (IADE 2, ligne 143-145), « *quand tu as quelque chose à transmettre à l'autre, c'est difficile au départ. Alors qu'au fil du temps, tu prends confiance dans tes décisions, tu prends confiance aussi dans ton droit d'intervention.* » (IADE 3, ligne 99-101). L'IADE 4 rajoute : « *plus tu as aussi de l'expérience, plus tu es identifié, plus les... plus on va aussi t'écouter certainement.* » (ligne 113-114). Il y a d'une part, une affirmation de soi et d'autre part le regard des autres qui évolue. Gagner en expérience pour un IADE peut modifier son rapport au reste de l'équipe d'anesthésie : « *le positionnement, on voit la différence enfin avec ça aussi ... l'adaptabilité avec des anciens médecins et les jeunes* » (IADE 8, ligne 166-167), « *Il faut accepter aussi qu'un jeune médecin anesthésiste ou*

même un jeune IADE est plus de connaissances en théorie que toi. » (IADE 8, ligne 173-174). Le positionnement est un exercice d'équilibriste qui prend en considération l'ensemble de l'environnement de soins, les IADE ont tous insisté sur la dimension relationnelle, faisant appel à des compétences en communication.

5.4.3 La communication

Le concept de communication est très large, j'ai choisi de cibler sur la communication interpersonnelle. Joseph DeVito, auteur et professeur émérite américain spécialisé dans la communication humaine, dans son livre « Messages : Développer des compétences en communication interpersonnelle » définit cette communication comme un échange verbal ou non verbal de messages entre deux personnes ou plus, dans un contexte social. Cela implique l'utilisation de la langue, des expressions faciales, des gestes, des comportements et des attitudes pour transmettre des idées, des émotions et des informations. Les interactions interpersonnelles peuvent être formelles ou informelles. Il souligne l'importance de l'empathie dans la communication interpersonnelle, et comment la compréhension des émotions et des perspectives des autres peuvent améliorer les interactions.

« La communication c'est hyper important » (IADE 3, ligne 123). La communication est l'outil des relations professionnelles, elle est partout, comme le décrit l'IADE 1 : *« L'échange, parce que on est dans un environnement où il y a de la transmission perpétuellement, avec les étudiants, avec les patients, avec les médecins, avec tout le monde, transmet quelque chose. »* (ligne 127-129). La communication est essentielle pour l'IADE 2 qui dit : *« qu'on est la même conscience de la situation. Parce que sinon, on n'est jamais vraiment sûr de ce que la personne a compris, donc au moins comme ça tout le monde est sur la même longueur d'onde. Et ça te permet d'éviter les erreurs de perception par exemple »* (ligne 182-185).

L'ensemble des IADE a mentionné la communication entre pairs : *« on communique beaucoup avec les collègues »* (IADE 1, ligne 123-124), *« tu entends des collègues parler, tu vois comment ils se sont positionnés et compagnie... dire effectivement..., et là tu te dis, c'est une bonne stratégie ou alors, non au contraire j'aurais pas fait comme ça »*. (IADE 4, ligne 151-153). Cela leur permet de confronter

leurs expériences professionnelles et de s'inspirer des pratiques des autres pour faire évoluer la leur : « *Tu te rends compte que pour une même chirurgie ou un même patient tu ne fais pas forcément du tout la même chose. Ça c'est intéressant ces échanges-là. Après, tu reviens ici, tu te dis : tiens je vais essayer ce qu'ils ont dit qu'ils faisaient.* » (IADE 3, ligne 169-171). Ces échanges permettent également de partager ses difficultés : « *on se rend compte qu'en fait on est tous dans cette même position* » (IADE 1, ligne 125-126).

L'ensemble des IADE a également mentionné la communication avec les médecins anesthésistes. Les IADE 5 et 8 parlent de la communication sécurisée ou *feedback* qui sécurise les soins. La communication avec le patient a été abordée également par tous les IADE : « *beaucoup de communication avec le patient pour la qualité des soins* » (IADE 7, ligne 90-91), « *c'est avoir des paroles rassurantes, expliquer les choses et demander si lui, il a des choses qui n'a pas compris ou qu'il n'a pas pu évoquer.* » (IADE 3, ligne 117-119). Les IADE 1, 6 et 8 parlent de communication thérapeutique : « *toujours adopter une communication thérapeutique. Toujours être positif* » (IADE 6, ligne 92-93). Les IADE 2 et 8 parlent également de l'hypnose qu'ils proposent aux patients pour les aider à réduire leur stress et améliorer leur bien-être : « *l'hypnose pour distraire en salle de réveil, il y a des personnes qui ne vont pas du tout être réceptives à ça.* » (IADE 2, ligne 102-103). L'IADE 7 parle de « *sphère communication* » (IADE 7, ligne 181).

Les IADE 1, 3, 4, 6, 7 évoquent la communication avec l'équipe chirurgicale. Elle peut être ressource comme le dit l'IADE 1 : « *Je pose des questions à l'équipe chirurgicale* » (ligne 104), et elle me permet « *une bonne coordination des soins* » (IADE 7, ligne 89). Lorsque la communication est bien établie, elle favorise une ambiance propice à un travail de qualité : « *L'infirmière IBODE, l'interne, je trouve que quand tout le monde se connaît, je trouve que quand les gens se tutoient, c'est plus simple.* » (IADE 3, ligne 82-83).

Si cette communication entre professionnels n'est pas adaptée, cela peut générer du stress : « *On voit bien les médecins qui te parlent sèchement, ça te fait monter. Maintenant j'ai appris à prendre du recul par rapport à ça, mais si tu te le prends en plein, le truc, tu peux vite être en stress. Alors que quelqu'un qui va te dire les choses*

« alors, un va te mettre comme ça... » si tu calcules le temps, finalement tu ne perds pas de temps à parler gentiment et c'est plus serein. » (IADE 5, ligne 199-203). L'IADE 6 appuie ce propos : « Si ça n'a pas crié, si c'était calme, tout le monde était à sa place, avec le bon positionnement, ça aussi se sont des bonnes journées » (ligne 70-71).

La compétence en communication est aussi de la réajuster lorsque les méthodes de communication ne sont pas efficaces, comme en témoigne l'IADE 4 « donc j'ai appris au fur et à mesure à apaiser mon discours à être plus aussi dans une stratégie de proposition et compagnie, de suggestion, tiens tu penses pas que non, voilà et que du coup je me rends compte que ça passe mieux, que de vouloir affirmer les choses » (ligne 169-172). La communication semble essentielle pour l'IADE 2 qui dit : « qu'on est la même conscience de la situation. Parce que sinon, on n'est jamais vraiment sûr de ce que la personne a compris, donc au moins comme ça tout le monde est sur la même longueur d'onde. Et ça te permet d'éviter les erreurs de perception par exemple » (ligne 183-185).

5.5 Les ressources identifiées

Les IADE ont identifié la formation comme ressource : « la formation c'est très important » (IADE 1, ligne 168), « des formations continues, c'est toujours une aide » (IADE 6, ligne 159). La formation continue est un droit pour les travailleurs, comme expliqué dans l'article L6111-1 du code du travail : « La formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale » (4). Le but est d'améliorer ses compétences et/ou d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances. Trois d'entre eux (IADE 2,3,5) ont parlé de la simulation : « clairement l'élément pédagogique le plus complet, c'est la simulation. » (IADE 2, ligne 160-161), « La simulation, moi je pense que c'est l'avenir » (IADE 5, ligne 211). Elle permet de se confronter à des situations peu fréquentes et a pour but de faciliter la transposition en situation réelle. L'IADE 1 met en avant une problématique : « cette phrase que tous les IADE n'arrêtent pas de dire : « on ne fait bien que ce qu'on fait souvent » (ligne 167-168), la simulation est un outil pour y répondre. Les IADE 2 et 5 utilisent l'outil du *debriefing* pour améliorer leurs pratiques, ce qui est également fait en simulation : « Oui ou même solliciter un debrief après une situation compliquée. Il y a le briefing qu'on fait, le mini briefing qu'on fait pour chaque

patient » (IADE 2, ligne 173-174), il permet de faire une autoanalyse de pratique afin de s'améliorer et de valoriser ce qui s'est bien déroulé. L'IADE 1 explique également avoir recours à cet outil, il dit que ça lui permet de travailler son anticipation (ligne 132 à 134). La formation apporte également du contenu théorique, l'IADE 5 dit qu'elle aimerait pouvoir accéder au cours de l'école d'IADE (ligne 101-103).

Le recours aux recommandations des sociétés savantes du domaine de l'anesthésie est identifié comme une ressource pour les IADE 2 et 7. Ce sont deux jeunes diplômés, lors des études IADE, qui ont probablement l'habitude de les utiliser, l'école d'IADE encourage fortement la recherche et l'utilisation de ces recommandations. D'ailleurs le travail personnel est évoqué par l'ensemble des IADE jeunes diplômés (IADE 1, 2 et 7) : « *Le travail personnel, faire des recherches, ça vient se renforcer avec l'expérience.* » (IADE 1, ligne 118-119). Leur courte expérience leur demande des efforts supplémentaires pour répondre aux exigences de la fonction.

Comme dit précédemment dans l'analyse, les IADE sont nombreux à évoquer la relation avec leurs collègues comme une ressource (IADE 1,3, 4, 5, 6, 7) : « *je vais beaucoup faire appel à mes collègues. Par exemple, pour les changements de chirurgie et tout ça, avec des chirurgies qu'on connaît moins bien* » (IADE 7, ligne 99-101). Travailler avec des étudiants IADE et des internes est également considéré comme une ressource, ils apportent des notions théoriques récentes, qui permettent aux IADE diplômés d'actualiser leurs connaissances : « *moi j'aime bien travailler avec des étudiants, (...), j'ai à apprendre aux étudiants, mais les étudiants ont aussi à m'apporter des informations.* » (IADE 5, ligne 85-88). Le médecin anesthésiste pour les IADE 1, 3 et 8 sont également identifiés comme ressources : « *... plus les médecins anesthésistes et puis tu travailles avec des jeunes internes, qui ont plus le devoir de se tenir à la page.* » (IADE 8, ligne 185-186). L'IADE 3 parle de l'intérêt de travailler avec des médecins intérimaires, qui peuvent partager leurs expériences et leurs manières de pratiquer différemment de l'équipe habituelle : « *ils nous apprennent à travailler différemment. (...) ils viennent avec leur œil extérieur, leur façon de faire différente d'ailleurs* » (ligne 187-190).

L'outil des *check-list* est aussi largement évoqué par les IADE (2, 3, 5, 6, 7), c'est un réel élément contributif de la sécurité. Enfin les IADE 2 et 7 parlent de ressources personnelles, du concept de *growth mindset*. L'IADE 7 dit que l'adaptation au

changement peu se faire facilement si l'IADE est volontaire : « *je pense que c'était aussi en termes de caractère, moi, le changement si c'est positif pour le patient et puis si c'est dans un sens où ça peut avoir un intérêt pour tout le monde, pour le patient, bah pourquoi pas.* » (ligne 61-64). L'IADE 2 pense que l'envie de continuer à se former est dépendante de « *l'investissement de chacun* » (ligne 168), elle complète cette idée en expliquant que si l'IADE est en *burn out*, en souffrance au travail, il ne pourra pas être réceptif à la formation (ligne 168).

5.6 Les freins identifiés

Seulement six IADE sur huit, ont parlé de freins à leur adaptation : les IADE 2, 3, 4, 5, 6 et 8. L'IADE 3 dit que ne pas connaître les médecins anesthésistes au début de sa carrière a été une difficulté pour lui (ligne 32-33). Il est rejoint par l'IADE 6 et 8 qui insistent sur le *turn over* des médecins anesthésistes intérimaires : « *La grande difficulté c'est quand (...) tu te retrouves avec des intérimaires. Ce sont des médecins qui ne te connaissent pas, ne connaissent rien dans l'organisation, rien absolument rien, donc en fait c'est toi qui vas être le personnel ressource.* » (IADE 8, ligne 131-134), « *ils ne connaissent pas les protocoles du CHU, parce qu'ils ont toujours travaillé comme ça. Pour changer leur façon de travailler, c'est un peu plus compliqué.* » (IADE 6, ligne 115-116). Selon, l'IADE 8, cette situation va se généraliser : « *Au niveau de la profession des MAR, (...) On est en train de payer une démographie de médecins anesthésistes, qui est ce qu'elle est, et qui diminue.* » (ligne 128-129). D'ailleurs, ils sont cinq sur les huit à avoir mentionné devoir travailler avec des intérimaires (IADE 3, 4, 6, 7 et 8). Ce *turn over* place les IADE en position de référent du service par rapport au MAR, ils disent qu'ils doivent les informer des protocoles, des habitudes, C'est un changement d'origine exogène (extérieurs à un groupe ou à un individu) qui les place en position d'adaptation au changement. Il faut être réactif. Selon Gérard Dominique Carton, pour que les IADE s'adaptent et que l'on puisse parler de réussite au changement, il faut que cela réponde à trois points (exemple de la collaboration entre IADE et médecins intérimaires) :

- La nécessité qui répond à la pression de l'environnement : le médecin attribué à la salle est intérimaire.

- L'utilité en lien à la prévention d'un dommage ou pour améliorer une situation : S'il n'y a pas de médecin intérimaire, les patients ne seront pas opérés.
- L'intérêt corrélé à la motivation personnelle : les IADE souhaitent prendre en charge les patients en respectant la qualité des soins, cela nécessite une collaboration avec les médecins intérimaires.

Les IADE 2, 4 et 5 parlent de contraintes organisationnelles. L'IADE 2 mentionne le fait de changer régulièrement de patient lorsqu'ils doivent effectuer une série de relais sur la journée (ligne 47-48), l'IADE 4 regrette les changements de programme opératoire tardifs qui ne permettent pas d'accueillir en toute sécurité le patient (ligne 31-32). Pour terminer l'IADE 5 parle de la charge de travail trop importante pour pouvoir dédier du temps à la formation (ligne 115-117).

En pratique, ces changements sont intégrés par les IADE, ils parlent de freins et non d'obstacles infranchissables. L'intégration par les IADE de ces changements réponds à deux schémas différents décrit par Gérard Dominique Carton :

- Schéma dit de sublimation : l'environnement nous pousse à modifier nos comportements
- Schéma dit de progression : démarche progressive d'abandon des anciens comportements au profit des nouveaux. Il s'agit du plus fréquent, il se fait par apprentissages et ajustements. Il est d'autant plus long que l'environnement n'interdit pas les anciens comportements.

Cette idée est renforcée par les IADE qui parlent d'évolution, de progression de leur adaptation.

5.7 L'évolution de l'adaptation

L'ensemble des IADE constatent leur évolution, même les jeunes diplômés. Les IADE 1, 2 et 7, l'ensemble des jeunes diplômés, et l'IADE 4, disent avoir amélioré leur positionnement professionnel : *« on prend plus de confiance et en termes de positionnement, on peut plus facilement se positionner qu'au début, où on va peut-être*

moins oser faire les choses. » (IADE 2, ligne 144-145). Les IADE 6, 7 et 8 se disent plus centrés sur le patient du fait de la baisse de leur charge mentale dû à l'expérience : « *j'ai pas mal d'expérience, je suis plus à l'écoute du patient qu'avant.* » (IADE 8, ligne 164-165). L'IADE 3 repère avoir amélioré son anticipation (ligne 159), il est rejoint par l'IADE 4, qui dit porter plus d'attention à son anticipation, il est « *moins insouciant* » (ligne 120). Il ajoute qu'il a également amélioré sa compétence en communication : « *j'ai appris au fur et à mesure à apaiser mon discours* » (ligne 169-170).

6. Discussion

6.1 Retour sur les hypothèses

Hypothèse 1 : Les IADE sont confrontés au processus de changement dans leur exercice professionnel.

Lors des entretiens, les IADE ont pu tous me confirmer qu'ils étaient soumis aux changements, même qu'ils le recherchaient dans leur exercice. Les changements abordés par l'ensemble des IADE sont les changements d'équipe (notamment de MAR), de lieu d'exercice et de patient. Ils parlent également des évolutions de pratique d'anesthésie, de changements de matériels et des changements organisationnels. Ces thèmes sont à rapprocher à la fonction propre de la profession d'IADE. Pour définir une notion, un concept, j'ai l'habitude de tenter de répondre à : « Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? ». Les IADE sont le « qui ? », c'est la notion que je cherche à définir. Le « Où ? » comprend les lieux d'exercice décrit par les IADE : le bloc opératoire, la salle de réveil, le SAMU, le déchocage, etc. Le « comment ? » se rapporte à la structure de soins dans lequel l'IADE évoluent, à l'équipe qui l'entoure et avec qui il travaille en collaboration. Les connaissances scientifiques, relationnelles et techniques sont incluses dans le « comment ? ». Enfin, le « pourquoi ? » fait directement lien avec le patient, c'est la finalité de toute cette organisation dans lequel l'IADE évolue. J'ai ressenti lors de mes entretiens cette volonté unanime de prendre en soin de la meilleur façon possible les patients, de faire vivre leur qualité des soins. Leur perception des changements dans leur

exercice professionnel, correspond à la définition du métier IADE comme exposé dans l'article R4311-12 du code de la santé publique.

Partant de ce postulat, je peux dire que les IADE sont confrontés aux changements dans leur exercice professionnel. Pour parler non plus de changements mais de processus de changement, il faut introduire la notion d'acceptation et d'intégration du changement. Dans ce but, je leur ai demandé si ces changements représentaient une difficulté et quelles actions mettaient-ils en place. L'essentiel des changements dont les professionnels m'ont parlé, ne leur posent pas de problème d'intégration, ils sont en adéquation avec les aspirations, le processus est naturel et quasiment immédiat. Lorsqu'ils font part de difficulté, c'est que ces changements sont en contradiction avec leurs aspirations, le processus n'est pas immédiat. Ils n'ont pas encore intégré entièrement ce changement, peut-être même qu'ils n'iront jamais jusqu'au bout du processus. Que ce soit conscient ou non, les IADE du fait de l'intégration ou de la résistance aux changements modifient leurs actions pour orienter la prise en charge en fonction de leurs objectifs de soin. Il est donc possible de valider cette hypothèse, les IADE sont confrontés au processus de changement durant leur exercice professionnel.

Hypothèse 2 : L'adaptation est nécessaire pour garantir la qualité des soins.

Lorsque j'ai demandé aux IADE de me définir la qualité des soins et de me donner leurs objectifs principaux, ils m'ont donné une définition semblable à celle donnée par l'OMS (11). Ils ont tous parlé de sécurité et de personnalisation des soins, ce qui répond « au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains » (11). Le « système de soins » (11) peut être rapproché du travail en équipe mentionné par les IADE. Ils ont également fait référence à obtenir un objectif/résultat, notamment en fonction des recommandations des sociétés savantes, ce qui correspond à « meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale » (11). Leurs priorités et leurs visions de la qualité des soins sont donc en adéquation avec les notions objectives apportées par l'OMS mais aussi par l'IOM. Leurs objectifs de qualité des soins sont leur ligne de conduite dans leur pratique. Comme j'ai pu le mentionner lors de la réponse à la précédente hypothèse, les IADE sont à chaque prise en soin, confrontés à des changements qui peuvent perturber leurs déroulés.

Non pris en compte, ces changements viennent mettre en danger la qualité des soins. Le travail de l'IADE est de garantir cette qualité des soins, dans son environnement de travail, en mouvance perpétuelle. J'ai interrogé les IADE durant mes entretiens pour connaître leurs stratégies d'action. Les éléments abordés par l'ensemble des IADE sont : l'anticipation, le positionnement professionnel et la communication. Ce sont des outils, des compétences qu'ils n'ont cessé d'aborder lorsqu'ils exposaient leurs stratégies de soins. Ils les mettent au service de leur adaptation. La notion qui m'a le plus marquée dans ces entretiens, est la maîtrise de son environnement. Pour assurer la sécurité du patient, dans n'importe quel lieu, ils prennent possession de leur environnement pour créer un cadre sécurisé dans lequel ils prendront en charge le patient. Il s'agit de maintenir son objectif quels que soient les changements. L'adaptation est synonyme d'accommodation, intégration ou ajustement, c'est bien ce qui se joue dans les pratiques décrites par les IADE. De plus, lorsqu'ils exposent leurs stratégies, ils ont tous utilisé le verbe « adapter » ou « adaptation ». Ils prennent en considération les variations de leur environnement pour moduler leur exercice professionnel en vue de leur objectif de soins, c'est l'adaptation. En se basant sur l'exemple de l'exercice IADE, applicable à d'autres acteurs de la qualité des soins, je peux valider cette hypothèse, l'adaptation est nécessaire pour garantir la qualité des soins.

6.2 Retour sur la problématique

En quoi l'adaptation fait-elle ou non partie des compétences des IADE, acteurs de la qualité des soins ?

Suite à la validation de l'hypothèse 1, je peux dire que les IADE sont confrontés au processus de changement, ce qui fait partie intégrante de leur fonction. Ce que j'ai ressenti dans les entretiens c'est que la qualité des soins (comme défini dans mon cadre conceptuel, selon les professionnels de santé), au-delà d'être un objectif, est une réelle valeur partagée par l'ensemble des IADE. Ils ont à cœur d'offrir au patient la meilleure prise en charge possible. La validation de ma seconde hypothèse permet de faire le lien entre la qualité des soins et l'adaptation dans le contexte de travail de IADE. Les IADE doivent faire preuve d'adaptation pour répondre aux exigences de la profession en termes de qualité des soins, malgré l'ensemble des changements auxquels ils sont confrontés.

J'ai pu en être témoin durant mes stages en observant leur pratique, j'ai également pu l'expérimenter en travaillant à leur côté. Ma capacité d'adaptation a déjà beaucoup progressé durant mes études. Une non- adaptation nuirait gravement à la qualité des soins dispensés et à la sécurité des patients.

Ces réflexions me permettent de faire le parallèle avec ma situation de départ : l'IADE ne connaît pas le BIS, qui est un matériel nouveau à l'échelle de sa carrière. Elle n'a pas su s'adapter à l'arrivée de ce nouveau matériel, plus performant que la MAC sur laquelle elle se base pour évaluer son degré de narcose. Elle travaille avec un interne en anesthésie avec lequel, la communication n'est pas efficace. Ils entreprennent des actions contraires et nuisibles pour le patient.

Je pense que l'adaptation était déjà nécessaire dans la pratique du métier d'infirmier de soins généraux, qui est également soumise à de nombreux processus de changement. Néanmoins, il me semble que l'autonomie octroyée aux IADE, rend cette adaptation encore plus essentielle pour eux. J'ai déjà pu expérimenter, lors de mes stages cette nouvelle autonomie, propre aux IADE. Elle nécessite de prendre plus de décision par soi-même et donc de réagir et de se réajuster davantage. La problématique abordée par les IADE concernant le travail avec les médecins intérimaires m'a interpellée. En effet, ayant toujours connue cette situation durant mes stages, je n'avais pas pris conscience de sa nouveauté. Le danger est d'outrepasser son cadre légal de travail et de prendre des responsabilités d'ordre médical ne m'était pas clairement apparu car en tant qu'étudiante, je réfère mon travail essentiellement auprès des IADE et non des MAR.

J'ai pu voir à travers ce mémoire, que l'adaptation est la pierre angulaire de la fonction IADE. C'est également une compétence qui se développe avec l'expérience. Les IADE ont tous dit avoir évolué au fil de leur carrière. Certains ont mis l'accent sur l'évolution de leur positionnement professionnel, de leur communication et d'autres sur les soins relationnels. Tous leurs axes d'amélioration sont contributifs de leur qualité des soins.

Les IADE, grâce à leur expérience disent avoir plus confiance en eux, ce qui leur permet de plus se positionner et d'entreprendre. Ce constat m'a permis de faire un lien fort avec le concept d'auto-efficacité, qui me semble être essentiel à la compétence IADE.

6.3 L'auto-efficacité (sentiment d'efficacité personnelle)

L'auto-efficacité, selon Albert Bandura, est la croyance d'une personne en sa capacité à accomplir une tâche ou à atteindre un objectif spécifique. Albert Bandura (1925-) est un psychologue canadien-américain, considéré comme l'un des psychologues les plus importants et les plus influents du XXe siècle, en particulier pour ses travaux sur la théorie de l'apprentissage social et l'auto-efficacité. Il s'agit d'un concept clé dans la théorie de l'apprentissage social, qui soutient que les comportements humains sont la somme des interactions entre les facteurs environnementaux, les facteurs personnels et les comportements. Il peut modifier les comportements et les performances d'une personne. Il est basé sur les expériences antérieures d'une personne ainsi que sur l'observation des autres et sur les messages sociaux qu'elle reçoit.

Selon Albert Bandura, le sentiment d'efficacité personnelle (ou auto-efficacité) est intégré à travers des expériences directes et indirectes, ainsi que par l'observation des modèles de comportement. Plus précisément, le sentiment d'auto-efficacité se forme grâce à :

- Les expériences de maîtrise : Les personnes qui ont réussi à surmonter des défis difficiles ont tendance à développer un sentiment d'auto-efficacité élevée, car elles ont acquis une expérience directe de leur capacité à résoudre des problèmes et à surmonter des obstacles.
- L'observation des modèles de comportement : Les personnes peuvent également renforcer leur sentiment d'auto-efficacité en observant les réussites des autres et en utilisant ces modèles de comportement comme source d'inspiration et de motivation.
- La persuasion verbale : Les encouragements, les *feedbacks* positifs, les messages de soutien des autres, peuvent aider les personnes à renforcer leur auto-efficacité.
- Les états physiologiques et émotionnels : Les personnes ont tendance à se sentir plus efficaces lorsqu'elles sont émotionnellement disponibles, en bonne santé et bien reposées.

Albert Bandura explique comment le sentiment d'auto-efficacité peut affecter différents domaines de la vie, tels que la santé, l'éducation et le travail. Il soutient que le

renforcement du sentiment d'auto-efficacité peut être une stratégie efficace pour améliorer la performance, la motivation et le bien-être. C'est une ressource psychologique, qui permet à un IADE de passer à l'action même s'il ne maîtrise pas complètement la situation. Or, comme j'ai pu le décrire de nombreuses fois, le métier d'IADE les pousse à se confronter à de nombreux changements et à des situations inédites. Ce sentiment d'efficacité personnelle apparaît comme essentiel dans la pratique IADE. J'ai donc formulé une nouvelle question de recherche issue de l'ensemble de ma réflexion depuis le début de ce travail :

**Dans quelle mesure, le niveau du sentiment d'efficacité personnelle est -il
corrélé à une augmentation de la qualité des soins ?**

6.4 Retour sur la méthodologie

Ce travail de recherche est l'un des premiers que j'effectue, je suis donc novice. Il s'agit d'une initiation à la recherche avec toutes les limites que cela comporte.

- Liées au contexte : Les entretiens se sont déroulés dans des conditions variables et parfois non favorables : sur leur lieu de travail où nous pouvions être dérangés par des va-et-vient de professionnels, leur disponibilité pouvait être réduite. L'un des entretiens a été réalisé en visioconférence, ce qui peut altérer la qualité de la communication.
- Biais de sélection : Les personnes que j'ai sélectionnées exercent uniquement dans des établissements publics. Par manque de réponse positive, j'ai dû faire appel à un grand nombre de professionnels venant du même pôle (orthopédie/digestif). L'absence de randomisation empêche toute représentativité de l'échantillon. Il s'agit d'un échantillon dit de convenance.
- Biais méthodologique : J'aurais dû réaliser des entretiens jusqu'à constater un phénomène de saturation mais les contraintes temporelles pour réaliser ce travail de recherche m'ont limitée. En réponse à ces dernières j'ai fait le choix d'entreprendre huit entretiens, comme demandé par l'institut de formation. Lors des différents entretiens réalisés, la formulation de certaines questions était perfectible ce qui a

nécessité des clarifications pour une bonne compréhension de la part des professionnels.

- Biais de confirmation : Mon désir de valider mes hypothèses formulées contribue à l'émergence d'un biais de confirmation. C'est-à-dire à la mise en avant des données qui vont dans le sens de mes hypothèses et à l'ignorance des données qui les contredisent. Certaines questions de relance lors des entretiens ont pu participer à la création de ce biais de confirmation.

6.5 Perspectives professionnelles

Ce travail m'a permis de discuter avec les IADE dans un autre contexte. J'ai déjà eu l'occasion de travailler avec eux pour un certain nombre. Lorsqu'ils m'encadrent, nous ne parlons que rarement des sujets tel que l'adaptation, leurs difficultés et leurs motivations, ni de ma projection en tant que diplômée. Ce sont pourtant des sujets qui m'aident dans ma construction professionnelle, j'ai donc vécu ces entretiens comme des moments d'échange privilégiés. Les IADE font référence à un certain nombre de ressources et de compétences qui me sont familières que j'expérimente en tant qu'étudiante et avant en tant qu'infirmière (ex : la communication, l'anticipation, les formations). Mon objectif est de poursuivre dans cette voie en utilisant les ressources qui sont à ma disposition. J'appréhende le passage du positionnement d'étudiante à diplômée avec un peu de fébrilité, en regard des exigences de cette fonction. Avoir théorisé les notions tel que le sentiment d'efficacité personnelle, l'adaptation, le processus de changement, m'a permis d'apporter des réponses à ma réflexion de départ : ma future responsabilité en tant qu'infirmière anesthésiste de devoir m'adapter aux spécificités et aux avancées de ma profession. J'ai aussi pris conscience de l'évolution de la relation et du travail avec les médecins qui sont de plus en plus nombreux à être intérimaires, à l'image d'une partie grandissante des soignants. Cela peut être une difficulté notamment en début de carrière lorsque le positionnement professionnel est le plus fragile. Néanmoins, porteurs de nouvelles pratiques et renforts essentiels pour lutter contre la pénurie de professionnels, je me projette positivement dans cette dynamique.

7. Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de m'intéresser de près à la compétence de l'adaptation. A travers ce thème, j'ai pu trouver des pistes de réflexion en lien avec mon interrogation initiale concernant mon aptitude à pouvoir m'adapter à tous les changements rencontrés dans la profession IADE. J'ai mis en avant une problématique : en quoi l'adaptation fait-elle ou non partie des compétences des IADE, acteurs de la qualité des soins ; suivie des hypothèses suivantes :

- Les IADE sont confrontés au processus de changement dans leur exercice professionnel.
- L'adaptation est nécessaire pour garantir la qualité des soins.

Ces questionnements m'ont accompagné durant l'ensemble de mon travail et ont pris sens avec les témoignages des IADE lors des entretiens. Le métier IADE est fait de changements multiples qui doivent être pris en compte par les professionnels, afin de prendre en soin les patients de façon adaptée. De plus, j'ai pu apprécier leur engagement auprès des patients afin de délivrer la plus haute qualité des soins possible. Ma recherche n'a pu inclure que huit IADE, provenant presque tous du CHU de Pontchaillou. L'échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la profession, cependant les réponses sont très similaires, probablement en lien avec un socle de valeurs communes partagées par l'ensemble de la profession. Ce travail m'a fait évoluer dans mes représentations sur le sujet.

Si je devais le retravailler, je choisirais un angle nouveau, porteur de nouvelles hypothèses. Aborder la dynamique motivationnelle, aurait pu venir en complément au processus d'intégration du changement. Ce travail m'a également ouvert les yeux sur une problématique forte et les nouveaux enjeux auxquels la profession IADE va devoir s'adapter : la pénurie de médecins anesthésistes. Les méthodes de travail, parfois même la langue n'est pas la même et nécessite un travail plus important pour créer une relation de confiance.

Le danger d'outrepasser son cadre de compétences pour les IADE est réel. Cette problématique doit être source de réflexion pour pouvoir s'adapter et maintenir le niveau de qualité des soins malgré des conditions de soins plus difficiles.

De mon expérience d'étudiante, aux témoignages des IADE, il n'y a qu'un pas. Le processus d'adaptation aux changements est le même. J'ai pu retrouver beaucoup de mes questionnements dans leurs réponses. Je peux maintenant envisager ma future posture IADE comme la prolongation de celle d'étudiante. Je souhaite en tant qu'IADE, continuer à me former, me maintenir en compétence au fil de ma carrière. J'aimerais cultiver cette capacité d'adaptation et continuer à me questionner sur ma pratique. La sensibilité que j'ai développée sur ce sujet grâce à ce mémoire, m'aidera dans ce sens.

8. Bibliographie

- (1) Concours IADE. PFPS - CHU Rennes. Disponible sur:
<https://www.ifchurennes.fr/iade/concours-iade/>
- (2) Article R4311-12 - Code de la santé publique – Légifrance. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034169206/
- (3) SNIA. référentiel de formation. SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES (SNIA). 2012. Disponible sur :
<https://www.snia.net/referentiel-de-formation.html>
- (4) Article L6111-1 - Code du travail – Légifrance. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027563187/2013-06-17
- (5) Article L6313-3 - Code du travail – Légifrance. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037385654
- (6) Définitions : changement - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>
- (7) bloculus. #cartoon : Le changement c'est... lentement !. BLOCULUS. 2017.
Disponible sur: <https://bloculus.com/le-changement-c-est-lentement/>
- (8) Carton GD. Eloge du changement : méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel. Paris (paris) : village mondial. 2006. 256 p.
- (9) ÉVOLUTION : Définition de ÉVOLUTION. Disponible sur:
<https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9volution>
- (10) Définitions : adaptation - Dictionnaire de français. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adaptation/1003>
- (11) Qualité des soins : définition | Santé Publique. Disponible sur:
<http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
- (12) Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Document de travail. 2008. Disponible sur:
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
- (13) Marie-Lou. Démarche qualité : Pourquoi la mettre en place Iterop. 2016. Disponible sur: <https://iterop.3ds.com/pourquoi-mettre-en-place-une-demarche-qualite/>

Autres :

Revue :

Colmont D. Améliorer la communication pour plus de qualité et de sécurité des soins. Oxymag. nov 2018;31(163):6-10.

Mazars-Ferrarone M. Les Iade et la formation continue. Oxymag. sept 2013;26(132):28-31.

Bazin JÉ. Les données “acquises” de la science toujours en évolution. Oxymag. sept 2016;29(150):9-26.

Naudin D, Dupont A, Gavet C. La collaboration MAR-Iade : entre compétences non techniques et confiance interpersonnelle. Oxymag. nov 2018;31(163):19-22.

Livres :

C DWECK. Changer d'état d'esprit. Mardaga. 2010. 320 p. (Psychologie praticiens professionnels).

Albert Bandura. Auto-efficacité. De Boeck Supérieur. 2019. 888 p. (Ouvertures psychologiques - International).

Daniel Kahneman. Système 1 / Système 2. Flammarion. 2016. 706 p. (Champs).

Nyssenholc A, Gergely T. INFORMATION ET PERSUASION : ARGUMENTER. Bruxelles: De Boeck; 1991.

Joseph DeVito, Rena Shimoni. Messages : Développer des compétences en communication interpersonnelle. Pearson Canada. 2015. 312 p.

PDF :

Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. juin 2001;(35):23-8.

Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? 2008;

Sites Internet :

Le Robert. adhésion - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples. Dico en ligne Le Robert. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/adhesion>

F.-X. Selleret. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026230199/>

Bassez A. Décret de compétence, règles professionnelles. Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes. 2006. Disponible sur:
<https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article26>

Cazeneuve Bernard, Touraine Marisol. Décret no 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat. Journal Officiel de la République Française; 2017. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034166859>

Simonet G. Le concept d'adaptation : polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques. Natures Sciences Sociétés. 2009. Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2009-4-page-392.htm>

Mathilde Hardy. Qu'appelle-t-on un « profil senior » ?. Cadremploi. 2022. Disponible sur: <https://www.cadremploi.fr/editorial/conseils/salaire/detail/article/cadres-seniors-comment-baisser-ses-pretentions-salariales-sans-perdre-la-face.html>

Quelle définition doit-on donner à la notion de «stratégie anesthésique» notamment par rapport au protocole?. Disponible sur: <https://docplayer.fr/78578899-Quelle-definition-doit-on-donner-a-la-notion-de-strategie-anesthesique-notamment-par-rapport-au-protocole.html>

Nicolas Brondin-Bernard. Quelle est la différence entre un dev junior, confirmé et sénior ? - Blog. Code-Garage. 2022. Disponible sur: <https://code-garage.fr/blog/quelle-est-la-difference-entre-un-dev-junior-confirme-et-senior/>

Recommandations - La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Disponible sur: <https://sfar.org/recommandations/>

Table des matières

1. Introduction	8
1.1 Naissance d'une réflexion	8
1.2 Situation de départ de questionnement	9
1.2.1 Situation d'appel	9
1.2.2 Questionnement	10
1.2.3 Échanges informels	11
1.3 Question de départ et hypothèses	11
2. Cadre contextuel	12
2.1. La formation initiale	12
2.2 Le champ de compétence IADE	13
2.3 L'IADE dans une équipe pluridisciplinaire	14
2.4 La formation continue	15
3. Cadre conceptuel	17
3.1 Le changement	17
3.1.1 Un processus complexe	17
3.1.2 Les cinq étapes du changement	20
3.2 L'adaptation	25
3.2.1 Histoire conceptuelle	25
3.2.2 Les différents usages de la notion d'adaptation	26
3.3 La qualité des soins	29
3.3.1 Définitions	29
3.3.1 La mesurer pour l'améliorer	31
3.3.2 Les outils de mesure	32
3.3.3 La démarche qualité	33
3.3.4 Application au monde la santé	33
3.3.5 Démarche qualité et accréditation	34
4. Méthodologie de recherche	35
4.1 Pré-enquête	35
4.2 Choix de l'outil d'investigation	35
4.3 Construction de l'outil	36

4.4	Choix et description de la population étudiée	36
4.5	Limites de l'enquête	37
5.	Analyse et interprétations des résultats	37
5.1	Présentation des professionnels	37
5.2	Le changement	39
5.2.1	Identification des changements	39
5.2.2	Stimulation et / ou difficulté ?	43
5.2.3	Les changements les plus marquants	44
5.3	La qualité des soins	47
5.3.1	La sécurité	47
5.3.2	La personnalisation des soins	48
5.3.3	Atteindre un objectif/résultat	48
5.3.4	Le travail en équipe pluridisciplinaire	49
5.4	L'adaptation	50
5.4.1	L'anticipation	51
5.4.2	Le positionnement professionnel	52
5.4.3	La communication	55
5.5	Les ressources identifiées	57
5.6	Les freins identifiés	59
5.7	L'évolution de l'adaptation	60
6.	Discussion	61
6.1	Retour sur les hypothèses	61
6.2	Retour sur la problématique	63
6.3	L'auto-efficacité (sentiment d'efficacité personnelle)	65
6.4	Retour sur la méthodologie	66
6.5	Perspectives professionnelles	67
7.	Conclusion	68
8.	Bibliographie	70

Résumé

Titre : L'adaptation une compétence de l'IADE ?

Mots clés : IADE, adaptation, qualité des soins, changement.

Ce travail d'initiation à la recherche a pris naissance autour d'une réflexion sur la responsabilité des IADE à devoir s'adapter aux spécificités et aux avancées de la profession durant l'ensemble de la carrière.

Une recherche qualitative a permis de mener des entretiens semi-directifs avec huit IADE de niveaux d'expérience variés, sur leur capacité d'adaptation. Les critères de jugement ont été les suivants : la détection des processus de changement dans la pratique professionnelle, l'identification des axes prioritaires garants de la qualité des soins et la description des stratégies d'action.

L'adaptation est nécessaire à l'exercice d'IADE qui est soumis à des changements constants : équipe, lieux d'exercice, patients, avancées scientifiques, etc. Afin de délivrer des soins optimaux et garantir la qualité des soins, les IADE ont décrit des stratégies d'actions relevant de la compétence d'adaptation, grandissante avec l'expérience.

Ce travail a permis de démontrer que l'adaptation est une compétence essentielle pour la profession d'IADE et d'autant plus primordiale, qu'elle bénéficie d'une autonomie d'exercice conférée par leur décret de compétence (article R4311-12).

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien

Thèmes, éléments recherchés	Questions/Questions de relance	Éléments clefs de réponse
<p><u>Présentation</u> :</p> <p>Créer le contact et connaître le profil de l'interviewé</p>	<ul style="list-style-type: none">- Peux-tu te présenter et me décrire ton parcours professionnel IADE ? (Années d'expérience, différents lieux d'exercice, services)	
<p><u>Le changement</u> :</p> <p>Identification des processus de changement et des réactions positives/négatives que cela génère.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Dans la pratique de ton métier, as-tu déjà été confronté à un ou plusieurs changements ? Si oui, peux-tu m'en parler ?- Trouves-tu que ces changements sont plutôt stimulants ou sont-ils plutôt une difficulté dans ta pratique ? Pourquoi ?- Si difficulté : Parmi tes expériences de changement, quelles sont les plus marquantes, que ce soit en termes de difficulté ou de récurrence ?	

<p><u>Qualité des soins :</u></p> <p>Identifier les priorités du professionnel pour répondre à ses propres exigences de qualité des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En quelques mots, selon toi, qu'est-ce que la qualité des soins ? - À ton échelle, quels sont pour toi les trois points essentiels pour dispenser des soins de la meilleure qualité possible aux patients ? Peux-tu les classer de 1 (la plus importante) à 3 (la moins importante) ? 	
<p><u>Adaptation :</u></p> <p>Les stratégies développées par le professionnel pour composer avec ces changements : les ressources et les freins, et comment ces stratégies évoluent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles actions mets-tu en place, en réaction aux changements auxquelles tu es confronté, pour garantir la qualité des soins ? - Quelles ressources personnelles mobilises-tu pour les mettre en place ? (Relance sur le terme « compétence ») - Tes stratégies évoluent-elles au fil de ta carrière et pourquoi ? - Quels sont pour toi, les axes de travail pour améliorer ces stratégies/compétences ? As-tu identifié des ressources qui te manquent ? (Expérience, formations, échanges et partages d'expérience avec les collègues) - As-tu quelque chose à rajouter pour clôturer cet entretien ? 	

Annexe II : Entretiens

1

Entretien 1

2

3 EIA : Merci de participer à cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Je vais commencer par
4 définir un terme que je vais utiliser tout à l'heure, qui est le processus de changement pour qu'on
5 parle bien de la même chose. Donc c'est du passage d'un état à un autre, d'un état A à un état B
6 et dans notre profession ce peut être un changement d'équipe, changement de binôme avec ton
7 MAR, changement de patient, changement de protocole, changement de matériel. C'est
8 vraiment tout ça le changement. Voilà, donc là, on va pouvoir commencer vraiment l'entretien,
9 est ce que tu peux te présenter et décrire ton parcours IADE s'il te plaît.

10 IADE 1 : Ah, je suis IADE depuis novembre 2021, mon parcours IADE c'est intra CHU, je
11 prends des gardes depuis un an, je fais des gardes SAMU depuis 8 mois. J'ai un parcours où je
12 suis affilié en neurosciences donc neurochirurgie, ophtalmo et ORL avec une expérience du
13 coup un peu de service de remplacement. Donc j'ai tourné dans un peu dans tous les blocs. Là
14 où je n'ai pas d'expérience c'est côté pédiatrie.

15 EIA : D'accord OK. Alors, est-ce que dans la pratique de ton métier tu as déjà été confronté à
16 des changements, un ou plusieurs changements ?

17 IADE 1 : Alors moi, ce qui est personnellement un changement c'est le fait que je change de
18 bloc parfois tous les jours, même parfois plusieurs fois dans la même journée. Donc,
19 l'adaptabilité et le changement comme tu l'as défini, ça veut dire pour moi, du matériel que je
20 ne maîtrise pas spécialement. Je prends l'exemple du matériel aux urgences et du matériel de
21 réa. C'est des changements de médecin, parce que bah chaque bloc, chaque spécialité, à ses
22 médecins référents que je ne connais pas ou que je mets du temps à connaître. C'est des
23 chirurgies nouvelles, des protocoles d'anesthésie nouveaux, donc il y a quand même quelques
24 invariants dans notre manière de travailler. Mais moi, je dois quasiment quotidiennement me
25 renseigner, préparer les choses et donc m'organiser en fonction des coutumes du service et des
26 besoins pour le patient.

27 EIA : D'accord et est-ce que tu trouves que ces changements sont plutôt stimulants ou est-ce
28 que c'est plutôt une difficulté pour toi ?

29 IADE 1 : Alors très honnêtement, au début c'est très stimulant parce que ben l'objectif en tant
30 que jeune DE, c'est d'avoir un maximum d'expériences, de grandir, de prendre confiance en
31 soi. Moi mon but c'est d'être polyvalent donc c'est quelque chose que j'essaie d'atteindre. Pour
32 autant, il y a des journées où on est un petit peu plus fatigué que d'autres, où on a moins envie
33 d'être toujours dans cet état d'hypervigilance. Donc le changement s'est stimulant parfois, c'est
34 aussi fatiguant donc je pense qu'il y a une question de disponibilité pour pouvoir bien s'adapter
35 au changement. Il y a des journées où ça m'est difficile de changer de médecin que je ne connais
36 pas, qui veut faire comme ça alors que d'habitude c'est ainsi et tout se passe très bien. Voilà il
37 y a des choses, des journées où c'est un petit peu moins facile que d'autres.

38 EIA : D'accord et là donc tu as commencé à m'en parler un peu, mais parmi tes expériences de
39 changements, toutes celles que t'as pu décrire. Quelles sont les plus marquantes pour toi ? Les
40 plus marquantes de par leurs difficultés ou de par leurs récurrences. Qu'est-ce que tu identifies ?

41 IADE 1 : Le plus difficile, c'est d'arriver dans un bloc où on ne vient pas souvent avec une
42 équipe et surtout un MAR, qui ne nous connaît pas spécialement. Donc il y a une certaine image
43 à renvoyer et secondairement une grosse chirurgie. J'entends au niveau des risques et grand
44 technicage avec du matériel qu'on ne maîtrise pas spécialement. En tout cas ; qu'on connaît
45 dans la pose mais qu'on ne connaît pas spécialement dans le monitoring. Je vais t'expliquer et
46 te donner un exemple concret : chirurgie de l'aorte le bloc c'était CV avec arrêt circulatoire, une
47 chirurgie de onze heures programmée, deux médecins anesthésistes en salle et donc il est
48 difficile aussi d'identifier qui est réellement le leader. Une machine de *cell saver* dernière
49 génération avec récupération de plaquettes, que je ne maîtrise absolument pas, donc un
50 technicien avec un numéro de téléphone à contacter. Comme si, j'avais un téléphone sur moi et
51 le temps de l'appeler pendant la procédure. Un technicage avec deux artères, une cérébroplégie,
52 une voie centrale sur la SWAN, un moniteur de PAP donc cinq modules de pression, donc il
53 faut trouver des modules de pression. Enfin une journée, clairement, comme on peut résumer :
54 le bordel. Ça a été difficile pour moi, même si je connaissais l'équipe, parce qu'il a fallu que
55 toute la journée je sois au taquet, toujours à me poser des questions, à chercher à faire le travail
56 de manière... je pense que dans le changement ce qu'on ressent vraiment c'est d'essayer de faire
57 bien les choses et de chercher toujours à faire bien, faire le geste juste. Éprouvant, très

58 éprouvant, donc ça c'est le genre de situation où un seul changement, sur les dimensions
59 techniques, matérielles et personnelles ça va, on est suffisamment entraîné pour s'adapter. Par
60 contre plusieurs dimensions, qui changent en même temps, ça pour moi, multiplie la difficulté.

61 EIA : D'accord, donc là on va aborder un autre thème, en quelques mots selon toi, est-ce que
62 tu peux me décrire ce qui est pour toi la qualité des soins ? Vraiment ta définition personnelle.

63 IADE 1 : Ouais alors qualité des soins. Je vais partir de ce qu'on a appris à l'école d'infirmiers,
64 en mettant sous qualité, quelque chose qui était assez théorique, avec la prise en charge ou en
65 soin du patient dans sa globalité. Et aujourd'hui j'ai une qualité de soin qui est un peu différente,
66 une vision différente. C'est à dire que pour moi, la qualité des soins, c'est d'être capable
67 d'associer un geste technique avec une attitude relationnelle, tout en assurant une sécurité et en
68 offrant un résultat. Je dirais ça comme ça qu'il y a quatre dimensions, c'est à dire qu'on peut
69 être un énorme technicien mais si on ne discute pas et qu'on ne prend pas en charge la dimension
70 psychologique, je ne vois pas l'intérêt. Le patient tu as beau lui sauver la vie, il va se souvenir
71 du gars qui est sympa. Et en même temps, on fait des fois des soins, on se rend compte *a*
72 *posteriori* qu'on n'avait pas le bon matériel et qu'on a frôlé la catastrophe. Donc pour moi,
73 qualité des soins il y a aussi cet objectif de résultat et on va dire de constance dans l'ensemble
74 de de sa pratique. Voilà comment je vois la qualité pour moi et du coup vraiment.

75 EIA : A ton échelle, dans ta pratique de tous les jours, qu'est-ce que tu mets en place, quels
76 sont les points essentiels ? on va dire les trois points essentiels que tu fais vivre toi dans ta
77 qualité des soins.

78 IADE 1 : OK dans ma qualité des soins personnellement je suis très exigeant avec moi, donc
79 mon dossier est préparé, ma salle est sécurisée et je connais mon intervention. Je sais où je vais,
80 je connais les risques et je m'y suis préparé. Deuxième impératif avec mon patient, j'essaye
81 d'être le plus naturel possible de ne pas lui faire vivre cette différence soignante soignée mais
82 de rester dans un échange où je m'intéresse à lui. Et si possible de décentrer son attention, ça
83 peut être un peu d'humour ou des choses comme ça, voire de la communication thérapeutique
84 comme on dit. Ça pour moi c'est important, on ne peut pas s'occuper d'un patient, sans lui
85 adresser la parole, sans lui montrer qu'il est unique, ça c'est la deuxième chose. Et la troisième
86 c'est pour moi reconnaître quand je suis en difficulté et savoir appeler à l'aide ou demander

87 conseil ou de passer la main. C'est-à-dire que je ne suis pas magicien et que je ne me lance pas
88 dans quelque chose que je ne maîtrise pas.

89 EIA : d'accord, donc naturellement la prochaine question qui s'enchaîne : quelle action tu mets
90 en place en réaction à tous les changements finalement dont tu m'as parlé ? Pour garantir cette
91 sécurité des soins.

92 IADE 1 : Alors quand j'étais au début de de ma carrière, il y a, au moins quelques mois... je me
93 présentais systématiquement en expliquant mon parcours à mon entourage professionnel. Je me
94 suis rendu compte que ça n'induisait pas spécialement quelque chose de positif parce que on a
95 souvent tendance à se dévaloriser, on n'aime pas trop se mettre en avant : « Je suis diplômé, je
96 n'ai pas beaucoup d'expérience » et en fait on entend plutôt du négatif, alors que je fais mon
97 travail je pense relativement correctement. Donc je peux me présenter et je vends une image
98 avec plus d'assurance, qui me permet de passer cette étape de changement d'environnement et
99 de coller. Oui ça se passe très bien, je montre que je sais ce que je fais, je montre que je n'ai
100 pas besoin franchement d'être chaperonnée. Sur le matériel, dans cette dimension-là, quand il
101 y a un technicage que je ne connais pas, bah je vais chercher une ressource. Une ressource ça
102 peut être un site, quelqu'un, un protocole. Mais je me renseigne sur le matériel et si jamais je ne
103 sais pas m'en servir, je l'annonce haut et fort. Et sur les interventions, bah c'est pareil je fais des
104 recherches en amont. Je pose des questions à l'équipe chirurgicale, je regarde, j'observe. Donc
105 en fait de manière générale, les actions que je mets en place, c'est de rester dans une position
106 d'apprenant et aussi d'être capable d'affirmer avec certitude ce que j'ai comme compétences.
107 Donc, c'est je pense du positionnement. Je pense que dans le changement, on dirait qu'il y a
108 certains positionnements. Le positionnement c'est évolutif avec la situation mais il y a des
109 choses, voilà peu importe maintenant où je vais aller, il y a des choses que je sais faire. Je vais
110 toujours me présenter avec la même assurance à une équipe. Je ne sais pas si c'est... J'ai
111 l'impression de divaguer.

112 EIA : Non, c'est bien c'est exactement ce que je te demandais. *Idem* t'as déjà commencé un petit
113 peu à répondre à cette question mais quelles ressources personnelles tu mobilises pour mettre
114 en place toutes ces actions ? Donc t'as parlé de ressources finalement presque relationnelles de
115 communication, d'aller chercher l'info et est-ce que tu t'arrives à mettre le doigt sur des
116 compétences que t'as déjà pu expérimenter ou alors qui sont en construction ? Qu'est-ce que tu
117 mobilises pour mettre en place toutes ces actions ?

118 IADE 1 : La première ressource qui est invariante c'est le travail. Le travail personnel, faire des
119 recherches, ça vient se renforcer avec l'expérience. On va prendre l'exemple notamment du
120 SAMU, moi je suis arrivé au SAMU, pas spécialement en demande plutôt pour arranger mes
121 collègues. On m'a parachuté là-bas. Après une journée de doublure où il ne s'est rien passé, et
122 puis le lendemain boum c'est parti : intervention pédiatrique, la totale, je ne maîtrisais pas du
123 tout du coup. En fait, je ne suis pas seul à faire ça mais on communique beaucoup avec les
124 collègues par WhatsApp, des choses comme ça. On se pose des questions, s'envoie les dernières
125 recommandations, les changements. Donc on se rend compte qu'en fait on est tous dans cette
126 même position. Donc travail personnel sur les situations et puis expérience de terrain, ça vient
127 renforcer un petit peu toute cette dynamique. L'échange, parce que on est dans un
128 environnement où il y a de la transmission perpétuellement, avec les étudiants, avec les patients,
129 avec les médecins, avec tout le monde, transmet quelque chose. Donc, on a quand même
130 l'avantage de pouvoir gagner en compétences quasiment quotidiennement, j'exagère peut-être
131 un peu. Et dernière ressource aussi que je mets à partie, je pense que c'est quelque chose que
132 j'ai appris avec l'école IADE : c'est refaire des auto-évaluations. Ce sentiment légèrement
133 frustrant, quand on se rend compte qu'on n'a pas fait au mieux et se dire : « ça se reproduira
134 plus comme ça, la prochaine fois j'anticiperai ». Et on dit que la compétence majeure des IADE :
135 c'est l'anticipation. Exemple type, dès qu'on part sur une intervention, dans notre tête de manière
136 instinctive on est déjà en train de cibler les risques et les impératifs. Et ça, après, ça devient une
137 manière de travailler, je pense que c'est ça les ressources qui se mettent en place chez moi.

138 EIA : Donc tu as parlé de ressources ou de compétences théoriques, pratiques au vu de tes
139 expériences. Tu as également parlé des échanges avec les collègues, ce que ça pouvait t'apporter
140 et l'auto-évaluation qui te permet de faire un bilan sur éventuellement les manques ou les choses
141 que t'aurais pu améliorer. Et finalement en amont tu ne remobilises pas des compétences
142 théoriques en allant chercher une information.

143 IADE 1 : C'est à peu près ça l'idée.

144 EIA : Est-ce que tu penses que tes stratégies évoluent au fil de ta carrière ? Alors je sais que ta
145 carrière est encore comment dire, jeune, mais déjà est-ce que tu vois des changements
146 d'attitudes ?

147 IADE 1 : Ouais, je suis convaincu que ça évolue. On évolue tout le temps, on évolue tout le
148 temps sur toutes les dimensions. Je ne sais pas, je pense qu'on arrive forcément à un niveau où
149 il y a de l'expertise et qu'ensuite c'est compliqué d'évoluer. Après évoluer, je pense que c'est
150 soumis aux facteurs personnels type : âge, envie dans le travail. Des choses comme ça. Les
151 stratégies elles se mettent en place assez naturellement, je ne pense pas que ce soit quelque
152 chose qu'on programme je pense que c'est plutôt de l'instinct. Du positionnement qui évolue,
153 plutôt qu'une stratégie réellement. Se dire après moi, c'est plutôt voilà les sphères de
154 communication, je pense qu'elles évoluent tout le temps. Après non, je ne dirais pas que je mets
155 en place une stratégie, je dirais ça se fait assez naturellement. Par contre, en un an d'expérience,
156 un peu plus d'un an d'expérience IADE, il est clair et net que j'ai énormément évolué. Rien à
157 voir avec ma prise de poste, avec beaucoup de fébrilité. Aujourd'hui il y a des choses qui sont
158 beaucoup plus acquises. Il y a des nouvelles fébrilités qui apparaissent à l'horizon. C'est pour
159 ça, que là, par exemple, je suis en train de changer de programme, un changement de service
160 pour me remettre justement dans cette étape-là. Donc peut être que ça finalement ça pourrait
161 être une stratégie d'accepter de se remettre en difficulté.

162 EIA : Quelles sont pour toi les axes de travail pour améliorer ces stratégies/compétences ? Tu
163 parlais de changer de service pour te restimuler, est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais
164 mettre en place pour continuer de te former, continuer à pouvoir t'adapter ? Ou est-ce que tu as
165 identifié des ressources qui te manqueraient ? Ça peut être des formations, ça peut être des
166 échanges avec tes collègues.

167 IADE 1 : Ouais alors la formation, oui il y a cette phrase que tous les IADE n'arrêtent pas de
168 dire : « on ne fait bien que ce qu'on fait souvent », c'est vrai que la formation c'est très important.
169 Là, j'ai fait l'intubation difficile, ça remobilise énormément de compétences. Ça va me permettre
170 d'avoir un positionnement complètement différent sur la prochaine situation. La formation, c'est
171 essentiel mais c'est surtout la formation régulièrement. Effectivement il y a le fait, pour moi de
172 changer de service, ça un peu, comme une remise à zéro mais maintenant que je suis arrivé au
173 dixième étage, bah je vais redescendre au troisième . Alors que j'avais commencé et je pense
174 que faire un roulement comme ça, ça va me permettre de continuer à aller dans cette dynamique
175 de changement, avec mon objectif personnel de devenir plus compétent. Il y a aussi un autre
176 truc voilà, il y a différentes sphères maintenant qu'on a passé les étapes un peu on va dire
177 fondamentales du travail, bah maintenant je fais de la formation. Je me suis mis dans le tutorat

178 là très récemment donc je pense qu'il y a d'autres sphères aussi où on peut faire des efforts,
179 prendre une attitude de changement. Alors cette attitude de changement, est-ce que on le fait
180 pour soi-même ? je ne sais pas trop quelle est vraiment la motivation interne. A part gagner en
181 compétence, je pense qu'il y a aussi de la qualité un peu de vie au travail ou des choses comme
182 ça. Ça peut être simplement un peu varier le quotidien, il y a ce côté-là. Ce côté motivationnel.

183 EIA : ok bon bah super est-ce que tu as quelque chose à rajouter pour clôturer cet entretien ?

184 IADE 1 : Non très bien, j'espère que ça t'a aidé.

185 EIA : Je te remercie.

Entretien 2

1

2 EIA : On va pouvoir débiter l'entretien merci de participer. Donc, avant de commencer cet
3 entretien, je voudrais définir un terme que je vais utiliser par la suite, qui est le terme de
4 changement, parce que c'est très large. Le changement est le passage d'un état A à un état B.
5 Dans notre profession ça peut s'apparenter à un changement d'équipe, un changement de binôme
6 avec les médecins, changement de statut, changement de service, c'est vraiment très large,
7 changement de matériel, de protocole d'anesthésie. Voilà, donc on va commencer. Est-ce que
8 tu peux te présenter, décrire ton parcours professionnel d'IADE ? Le nombre d'années
9 d'expérience que tu as et là où tu as pu travailler.

10 IADE 2 : Alors moi, je suis plutôt une jeune IADE, ça fait un an et demi maintenant que j'exerce.
11 J'ai commencé assez rapidement du coup sur le pôle ortho/DCV, tout en étant quand même
12 mobile sur le CHU, parce qu'au CHU, on reste quand même assez mobile sur les autres endroits.
13 Et puis, les gardes au CUR que l'on fait régulièrement, des gardes cardio. Et puis moi, je fais
14 aussi du SAMU et des astreintes pédiatriques.

15 EIA : D'accord, dans la pratique de ton métier, est-ce que tu as déjà été confronté à un ou
16 plusieurs changements ? Et si oui, est-ce que tu peux m'en parler ?

17 IADE 2 : Pour moi le changement, c'est plutôt quelque chose de constant. Un quotidien
18 finalement, ne serait-ce que les changements de blocs opératoires, de spécialités, de collègues
19 ou d'équipes, de médecins anesthésistes avec lesquels on travaille. Et puis le changement c'est
20 aussi à chaque patient, les profils, leurs caractéristiques, les terrains. Les évolutions du patient
21 le jour où on l'opère, s'il y a un changement d'état. Et puis ça peut être un peu plus immédiat,
22 avec l'intubation difficile imprévue, c'est un changement par rapport au protocole de base. On
23 doit adapter son protocole d'anesthésie en conséquence. Le changement c'est plutôt une donnée
24 constante que l'on doit avoir dans notre raisonnement clinique. On doit sans cesse réévaluer les
25 données statiques, les données dynamiques et jongler avec tout ça et adapter nos raisonnements
26 et actions. Le changement c'est une donnée presque constante dans l'exercice IADE.

27 EIA : D'accord est-ce que tu trouves que ces changements sont plutôt stimulants ou est-ce que
28 c'est plus une difficulté dans ta pratique et pourquoi ?

29 IADE 2 : Pas forcément nécessairement une difficulté, c'est une compétence IADE d'avoir une
30 certaine adaptabilité, et de réussir à retrouver ses points de repère dans n'importe quel
31 environnement. L'extra hospitalier par exemple, faire de l'anesthésie dans un milieu hostile. Ce
32 n'est pas forcément que au SAMU, je pense à la cardio, tout ce qui est la broncho, c'est pas
33 forcément des environnements évidents. Même au SMAD, on va dans des environnements qui
34 sont quand même assez complexes. S'adapter à ces changements d'environnement et s'adapter
35 à cette baisse de confort on va dire, qu'on peut avoir en fonction des endroits.

36 EIA : Tu trouves ça plutôt stimulant dans ta pratique plutôt que ... ?

37 IADE 2 : Ouais, c'est un fait, je pense que c'est un petit peu trop large comme intitulé
38 « changement » pour pouvoir étiqueté si c'est plutôt un frein ou plutôt quelque chose de
39 stimulant.

40 EIA : Il y a certains changements qui peut-être vont te stimuler et est-ce qu'il y a peut-être des
41 situations que tu trouves plus difficiles, dans ce rapport au changement ?

42 IADE 2 : Si on parle d'un changement, on va dire, on est prévu au planning avec une affectation
43 de salle pendant un mois et que la veille on vous prévient du changement de salle, ça peut être
44 un inconfort personnel qu'il y a un changement par rapport à un planning. Je suis d'accord
45 parce que, ça peut aussi être confortable parfois de se dire qu'on a pu regarder nos patients la
46 veille. Ou même des fois quand on est au CUR et qu'on a fait des remplacements toute la
47 journée, des relais toute la journée. On va sans cesse changer de patient, de prise en charge.
48 C'est vrai que ça pourrait être un moment, un peu plus fatiguant de devoir se réadapter sans
49 cesse, toutes les demi-heures. Dans une certaine mesure, ça peut devenir un frein.

50 EIA : Tu parles plus d'inconfort dans ton travail que de réelles difficultés ?

51 IADE 2 : Ce n'est pas une réelle difficulté parce qu'on arrivera toujours à le faire. C'est un plus
52 une baisse de la qualité de vie au travail.

53 EIA : Ok, on va changer un petit peu de thème. Est-ce que tu peux me dire en quelques mots
54 selon toi, qu'est-ce que c'est que la qualité des soins ? Vraiment ta propre définition.

55 IADE 2 : La qualité de soins c'est quelque chose qui va être évolutif d'année en année, en
56 fonction des critères objectifs d'évaluation. Mais moi, personnellement, ça va être la sécurité,

57 le confort du patient et le critère important aussi c'est de mettre en place tout ce qu'on pouvait
58 mettre en place, en tout cas voilà, de tout mettre en œuvre en termes de disponibilité
59 pharmacologique, en termes de recommandation, d'avoir tout mis en place ce qu'on pouvait
60 pour le patient. Je pense à l'analgésie multimodale par exemple. C'est vrai que quand on a mis
61 tout ce qu'on pouvait de l'arsenal thérapeutique chez un patient, c'est quand même assez
62 satisfaisant. Je veux dire que même si finalement il a mal ou pas mal, il y a quand même des
63 variations inter-individuelles derrière que l'on ne peut pas maîtriser mais c'est quand même
64 intéressant et satisfaisant en tout cas de se dire qu'on a fait tout ce qu'on a pu faire. C'est plus
65 la satisfaction du patient, évidemment même si voilà on peut tout gérer. C'est plus la satisfaction
66 de tout euh tout mettre en pratique.

67 EIA : Oui d'aller jusqu'au bout des options thérapeutiques que tu as pour le confort et soulager
68 le patient.

69 IADE 2 : C'est ça et sans être pressé par le temps. D'avoir pu prendre le temps de faire les
70 choses.

71 EIA : D'accord et du coup à ton échelle, quels sont pour toi les trois points essentiels pour faire
72 vivre cette qualité des soins ? Qu'est-ce que toi tu mets en place quotidiennement pour assurer
73 tout ça ?

74 IADE 2 : Il y a surtout la sécurité qui est un point important, c'est tout ce qui est anticipation
75 en termes de vérification, d'anticipation de matériel et d'évaluation des complications possibles.
76 Et ce qu'on met en place justement pour les éviter, c'est un travail un peu invisible et c'est
77 indispensable et surtout être prête si jamais elles arrivent pour pouvoir les gérer. Sécuritaire en
78 point numéro un. Après c'était quoi c'était les trois critères ?

79 EIA : Ouais les trois points essentiels. Après tu m'avais parlé aussi du confort du patient, être
80 aller jusqu'au bout des thérapeutiques. Comment tu fais ? Parce que on travaille quand même
81 sous la responsabilité du médecin et qui est décisionnaire.

82 IADE 2 : Après ça reste un binôme dans lequel les discussions sont assez simple au final. On a
83 tous les mêmes recommandations des sociétés savantes en tête, on est tous quand même, on fait
84 tous, on a tous un petit peu là le même vocabulaire, on va dire collectif par rapport aux
85 références qu'on a à voir. Ils sont quand même assez... on va avoir un langage commun, qui

86 permettent quand même d'avoir des objectifs communs et de se retrouver. Après il peut y avoir
87 des points de désaccord mais la discussion reste toujours possible et les arguments sont quand
88 même des arguments qui sortent de la littérature scientifique. Effectivement les discussions
89 sont possibles, mais c'est vrai que le binôme est assez intéressant par rapport à ça.

90 EIA : Tu viens de parler de désaccords au sein... d'éventuel désaccords au sein de ton binôme
91 avec ton médecin et j'ai l'impression que du coup tu repars pour argumenter tes actions, tu pars
92 sur des bases scientifiques sur les recommandations, tu te rebases sur la théorie pour argumenter
93 ta position c'est ça ?

94 IADE 2 : Ça reste des recommandations mais on garde quand même un raisonnement clinique,
95 on va s'adapter à une bien sûr, on va personnaliser la prise en charge en fonction des données
96 du patient. Mais oui, c'est vrai que bien sûr c'est un guide à ne pas appliquer bêtement, on va
97 pouvoir s'en servir pour proposer des choses. Donc sécurité on a dit, pour la qualité des soins
98 c'est ça ?

99 EIA : Oui c'est ça.

100 IADE 2 : Sécurité, efficacité pour obtenir un résultat et puis... réévaluation des actions,
101 réévaluer leur pertinence. On va pouvoir proposer des choses qui ne sont pas forcément adapter
102 aux personnes, par exemple si on propose de l'hypnose pour distraire en salle de réveil, il y a
103 des personnes qui ne vont pas du tout être respectives à ça.

104 EIA : Donc c'est aussi s'adapter aux besoins du patient, entre ce qu'on avait anticipé, imaginé.

105 IADE 2 : Oui réévaluer sans cesse les actions pour pouvoir les ajuster.

106 EIA : Tu as commencé déjà à en parler un petit peu mais quelles actions mets-tu en place en
107 réaction à tous les changements dont on vient de parler pour garantir cette qualité des soins ?
108 Donc là on a été plus sur la sécurité, le confort, tu parlais aussi des changements d'équipes, de
109 collègues, des lieux. Qu'est-ce que tu mets en place en réaction à tous ces changements
110 finalement ?

111 IADE 2 : La première action c'est surtout on va utiliser une *check-list* pour les éléments de
112 sécurité, ça c'est un petit peu la première chose. Dès qu'on change d'endroit, on va aller
113 rechercher tous ces éléments de sécurité. Où est le DEF, le chariot d'intubation difficile, les

114 curares, les morphiniques, les antagonistes, ce sont des choses un peu systématiques. Puis après,
115 par rapport plus aux équipes interprofessionnelles, ça va être, voilà aller se présenter, faire de
116 la communication simple, pour pouvoir baliser les choses, identifier qui est qui, répartir les
117 rôles en fonction de tout ça et puis ne pas hésiter à redemander des précisions, s'il y a
118 changement de position, des précisions par rapport aux déroulés chirurgicaux.

119 EIA : A la fois t'as identifié des personnes autour de toi, pour toi te sécuriser, savoir qui et qui,
120 qui est où et ensuite pouvoir utiliser ces personnes-là en ressources.

121 IADE 2 : C'est ça, pour savoir à qui s'adresser en cas de besoin, ne pas perdre de temps, ne pas
122 donner d'informations à la mauvaise personne.

123 EIA : Quelles ressources personnelles tu mobilises pour mettre en place toutes ces actions ? On
124 peut parler de compétences. Quelles compétences tu as l'impression de mobiliser pour tout ça ?

125 IADE 2 : L'adaptabilité, je pense qu'on peut dire que c'est une compétence, mais au-delà de ça,
126 c'est un petit peu la résilience. Du coup de réussir à trouver des moyens, de faire en sorte que
127 j'ai toujours fonctionné, dans une certaine mesure. Parce que c'est aussi notre rôle en fait de dire
128 stop, parce qu'on n'a pas justement tous nos éléments de sécurité ou parce qu'on voit qu'il
129 manque quelqu'un d'important dans la chaîne ou que la personne va pas pouvoir gérer parce que
130 imaginons mais je sais pas, c'est une étudiante, parce qu'il y a une IBODE en arrêt, là c'est notre
131 rôle de dire stop. J'utilise mes cours aussi, je fais des recherches.

132 EIA : Donc l'adaptabilité c'est à la fois t'adapter à un nouvel environnement et tout ça, mais
133 c'est aussi savoir dire stop parce qu'au bout tu as la sécurité et la qualité des soins.

134 IADE 2 : C'est ça, s'il y a un critère de sécurité qui n'est pas respecté du coup on a quand même
135 un devoir, au-delà de l'adaptabilité, un devoir de prise de décision, de positionnement, qui du
136 coup émane d'une bonne prise de conscience parce que c'est une compétence aussi la prise
137 conscience d'une situation donnée. Et en fonction de ça, effectivement, il faut aussi avoir la
138 compétence de se positionner, d'avoir une communication aussi adaptée pour comprendre.
139 Donc c'est plutôt des compétences non techniques, on dirait. Ça y ressemble plus par rapport à
140 la gestion d'un changement, on va dire plutôt les compétences techniques.

141 EIA : Est-ce que tu penses que tes stratégies évoluent au fil de ta carrière et pourquoi ? Je sais
142 que ta carrière est encore jeune en tant qu'IADE, mais ce que déjà tu observes des changements ?

143 IADE 2 : Je pense qu'en termes de... forcément... on apprend en fonction des expériences
144 vécues, on prend plus de confiance et en terme de positionnement, on peut plus facilement se
145 positionner qu'au début, ou on va peut-être moins oser faire les choses et puis aussi je pense
146 qu'au début en terme de charge mentale on est moins disponible pour recevoir tout le petit
147 logistique et on va avoir moins de recul et du coup on va percevoir moins de choses. En tout
148 cas moins finement et on va quand même être plus centré sur une tâche. Mais déjà au tout début
149 on va quand même dans tous les endroits. C'est vrai que ça entraîne quand même une charge
150 mentale qui occupe un petit peu toutes les fonctions cognitives disponibles à ce moment-là et
151 que on n'arrive pas forcément trop à se positionner ou à avoir un *leadership* sur d'autres
152 décisions. Ça c'est quelque chose qui se développe au fur et à mesure des mois et des années.

153 EIA : Donc c'est ton expérience qui te permet d'être plus à l'aise sur ta pratique, qui permet un
154 peu de te décentrer et de réfléchir un peu plus largement et de trouver des stratégies qui te
155 permettent d'améliorer telle ou telle compétence ou telle action. Quels sont pour toi les axes de
156 travail pour améliorer toutes ces compétences et toutes ces connaissances ? Ça peut être de la
157 formation, ça peut être des temps d'échange avec tes collègues, est-ce que t'as identifié des
158 ressources aussi qui te manquent que tu aimerais avoir en plus ?

159 IADE 2 : C'est quand même cadré hein par rapport à la formation continue et de renouvellement
160 de formations qui sont assez régulières. Et clairement l'élément pédagogique le plus complet,
161 c'est la simulation. C'est vrai qu'il y a beaucoup de simu axée compétence technique avec par
162 exemple *Seelick*, avec par exemple l'intubation difficile. Mais c'est vrai que ce qui intéresse le
163 plus pour l'adaptabilité au changement et c'est la simu en interprofessionnalité. Ça on peut en
164 avoir un petit peu par exemple au déchoc chir ou en mater avec les gynécos sur les hémorragies
165 de la délivrance. Donc ça c'est des outils pédagogiques assez complets qui permettent de
166 prendre conscience de tout ça et de progresser assez rapidement. Après oui, de manière
167 informelle, oui la discussion par rapport à tout ça, mais c'est après. Je trouve que ça se passe
168 dans l'investissement de chacun, pas vraiment si la personne est en burn out total, n'est pas
169 disponible à ça. Mais je trouve que la profession IADE est quand même assez sensible à tout
170 ça.

171 EIA : Donc via la simulation aussi t'as des temps de débriefing justement, de discussion et c'est
172 ce qu'on peut retrouver un peu autour d'un café en pause avec les collègues.

173 IADE 2 : Oui ou même solliciter un debrief après une situation compliquée. Il y a le *briefing*
174 qu'on fait, le mini *briefing* qu'on fait pour chaque patient, ce qui est assez chouette. Tout le
175 monde ne le fait pas mais c'est vrai que voilà, c'est vrai qu'au CUR, je le fais un peu plus
176 facilement à cause des médecins anesthésistes qu'on connaît moins, des situations avec un
177 caractère urgent et potentiellement plus bancales, on va dire.

178 EIA : Qu'est-ce qui permet ce *briefing* finalement ? Qu'est-ce que t'attend d'un *briefing* ?

179 IADE 2 : La répartition des rôles, l'évaluation des complications possibles et de la conduite à
180 tenir.

181 EIA : C'est dans une démarche d'anticipation et prévention des risques ?

182 IADE 2 : C'est ça et puis être au clair, qu'on est la même conscience de la situation. Parce que
183 sinon, on n'est jamais vraiment sûr de ce que la personne a compris, donc au moins comme ça
184 tout le monde est sur la même longueur d'onde. Et ça te permet d'éviter les erreurs de perception
185 par exemple. Tout ce qui va être biais cognitifs, toutes les choses un petit peu plus métacognitif
186 finalement qui sont présentes et qui sont responsables de pas mal d'erreur.

187 EIA : D'accord, est-ce que tu as quelque chose à rajouter pour clôturer cet entretien ?

188 IADE 2 : Non.

189 EIA : Ben écoute je te remercie.

Entretien 3

1

2 EIA : Avant de vraiment débiter les questions, il faut que je définisse une notion que je vais
3 aborder tout à l'heure, pour qu'on parle bien de la même chose : c'est la notion de changement.
4 C'est le passage d'un état A à un état de B. Dans notre profession ça peut être un changement
5 d'équipe, changement en binôme, changement de patient, changement de spécialité chirurgicale,
6 changement de protocole, de matériel. C'est hyper large, mais voilà c'est cette notion-là, qu'on
7 va aborder tout à l'heure. Alors est-ce que tu peux déjà commencer par te présenter ? Me décrire
8 ton parcours professionnel d'IADE ?

9 IADE 3 : Ouais, je suis diplômé depuis 2017, donc ça fait 5 ans et quelques mois. Depuis que
10 je suis IADE, j'ai été tout de suite à l'Hôpital Sud, donc ça fait 5 ans que je suis à l'Hôpital Sud.

11 EIA : D'accord, est-ce que du coup, dans la pratique de ton métier, t'as déjà été confronté à un
12 ou plusieurs changements ?

13 IADE 3 : On parle de IADE, pas d'avant ?

14 EIA : Oui vraiment IADE, est-ce que tu t'es confronté à ça tous les jours ? Ponctuellement ?
15 Est-ce que tu peux me donner des exemples ?

16 IADE 3 : Oui parce que je pense que notre métier, il est c'est justement de... c'est le cœur du
17 métier en fait le changement et l'adaptation. Pour moi, quand je viens le matin, je ne sais pas
18 ce que je vais faire. C'est toujours un peu la surprise, une prise en charge d'une autre manière,
19 peut être différente. Une prise en charge peut changer tout d'un coup, pour moi le changement,
20 il est en permanence. Le changement c'est aussi tous les jours, on a des médecins différents,
21 parfois des médecins intérimaires. Donc c'est un changement de médecin, changement de poste,
22 un jour on va être en salle de réveil, un jour on va être au bloc. Même au bloc, ça va être un
23 changement de spécialité, un changement d'enfant : un enfant d'un kilo ou de vingt kilos. Le
24 changement il est là tout le temps.

25 EIA : Il est là tout le temps, OK. Est-ce que tu trouves que ces changements sont plutôt
26 stimulants ou est-ce que c'est plus une difficulté dans ta pratique, ou alors les deux ?

27 IADE 3 : Plutôt stimulants, je trouve ça stimulant. C'est ce qui m'attirait dans cette spécialité.

28 EIA : C'est ce que tu recherchais en devenant IADE. Est-ce que parmi tes expériences de
29 changement, là tu parlais plutôt du fait que ce soit stimulant, mais est-ce qu'il y en a quand
30 même qui t'ont posé une difficulté ou qui te demandent plus d'efforts ? Que soit ce par la
31 difficulté ou juste une récurrence et tu es obligé de t'y adapter régulièrement.

32 IADE 3 : Je dirais que maintenant que j'ai un peu plus d'expérience, le changement comme je
33 te parlais tout à l'heure du médecin, ça y est maintenant, ce n'est plus une difficulté pour moi.
34 J'ose dire les choses. Au départ ça a pu l'être. Changer de médecin tous les jours, que tu ne
35 connais pas et qui ne te connais pas, c'est une source de difficulté, je pense pour les deux.

36 EIA : Est-ce que tu arrives à identifier ce qui avait été compliqué dans cette relation ? Tu parles
37 de connaître l'autre, dans ta pratique quelle question tu te posais en voyant que tu changeais de
38 médecin tous les jours ? Quelles étaient tes craintes ?

39 IADE 3 : On est des humains, donc je pense que deux médecins anesthésistes ne vont pas
40 forcément agir de la même manière, prendre les mêmes décisions, au même moment. Malgré
41 que beaucoup de choses soient protocolisées, je pense que il y a aussi la façon de faire à chacun,
42 et d'un médecin à l'autre c'est différent.

43 EIA : Donc c'est plus t'adapter aux manières de faire de chaque médecin dans le domaine de
44 l'anesthésie. Donc là, on va aborder une autre notion. Est-ce que tu peux me définir selon toi
45 qu'est-ce que c'est que la qualité des soins ? Vraiment ta définition à toi.

46 IADE 3 : La qualité des soins ou un soin de qualité ?

47 EIA : La qualité des soins.

48 IADE 3 : La qualité des soins, on va dire que ça va être l'ensemble des choses qu'on va mettre
49 en place. Après, je ne sais pas, comment expliquer vraiment, se sont des choses que je vais
50 mettre en place afin de rendre un soin le plus agréable possible, le meilleur qui soit, le mieux
51 possible. Comme j'aimerais qu'on me le fasse, j'essaye toujours de raisonner comme ça.

52 EIA : Te mettre à la place du patient en disant : quels sont ses besoins ? Enfin qu'est-ce que moi
53 je pense que j'aurais besoin ?

54 IADE 3 : Et j'essaye, moi personnellement, de toujours me dire : qu'est-ce que j'aimerais bien ?
55 Comment j'aimerais bien être reçu ? Comment j'aimerais bien qu'on fasse si c'était mon enfant
56 ou ma femme ? Je réfléchis souvent comme ça.

57 EIA : Est-ce que dans ta pratique, vraiment à ton échelle, tu pourrais identifier trois points, qui
58 sont vraiment essentiels pour toi pour dispenser des soins de qualité ? Qu'est-ce que qui est
59 important pour toi quand tu arrives le matin dans ta salle ? Comment tu vas accueillir un patient ?
60 Qu'est-ce que t'identifies de prioritaire ? Et ce que tu peux me donner trois choses et les
61 hiérarchiser ? Commencer de la plus essentielle vers la moins essentielle.

62 IADE 3 : C'est vague.

63 EIA : Trois points essentiels pour toi pour bien prendre en charge un patient.

64 IADE 3 : Je dirais en numéro un, la sécurité. Avant de m'occuper du patient, j'ai tout checké
65 en amont afin que la prise en charge soit sécurisée et que le patient soit sécurisé et moi aussi.
66 Donc numéro un : sécurité. Une fois qu'il est en sécurité, je dirais que je vais pouvoir rentrer le
67 patient en salle, donc le point numéro 2, ça va être la relation. Une relation de confiance, créer
68 quelque chose avec le patient. Surtout que nous, c'est souvent... c'est une anesthésie générale,
69 elle est très brève, durer que 5 min, 5 min très importantes pour moi. Troisièmement, je vais
70 dire... une bonne ambiance générale. Une bonne ambiance dans la salle d'opération.

71 EIA : Donc là, tu parles même plus de la relation avec les collègues finalement.

72 IADE 3 : Pour moi c'est important ça, s'il y a une ambiance agréable, que les gens sont contents
73 d'être ici ensemble, discuter même plaisanter. Je trouve que tout le monde est plus détendu, tout
74 se passe beaucoup mieux, je trouve que c'est important ça l'ambiance générale qui règne dans
75 la pièce.

76 EIA : Ok, tu penses que s'il y a une meilleure ambiance, vous pouvez tous dispenser des soins
77 de meilleure qualité

78 IADE 3 : C'est certain.

79 EIA : C'est mieux, pour peut-être mieux communiquer.

80 IADE 3 : Oui, oui. Ambiance pluridisciplinaire je parle.

81 EIA : Ce n'est pas juste entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe chirurgicale.

82 IADE 3 : L'infirmière IBODE, l'interne, je trouve que quand tout le monde se connaît, je trouve
83 que quand les gens se tutoient, c'est plus simple. Je trouve que communiquer, c'est se dire les
84 choses même si c'est quelque chose de négatif, par exemple. On le voit bien au quotidien, un
85 chirurgien qui garde vraiment ses distances, qui vouvoie tout le monde, qui veut qu'on le
86 vouvoie, quand il va continuer à s'énerver ou demander quelque chose, on va le faire, mais peut-
87 être un peu en râlant. Alors que si la relation est saine, on peut même discuter d'autres choses,
88 les gens se tutoient, le chirurgien, il peut à tout moment dire ce qu'il veut, ou ce qu'il souhaite,
89 ou ce qui ne va pas et je trouve que c'est beaucoup plus facile de à ce moment-là de dire : « ok
90 pas de souci, je fais ci, je fais ça, pour que ce soit mieux pour vous, de votre côté ». Je trouve
91 que l'ambiance générale, elle est un rôle clef sur la prise en charge du patient.

92 EIA : Du coup, avoir une bonne communication entre l'équipe d'anesthésie et chirurgicale, ça
93 permet aussi de peut-être mieux prévenir, enfin d'augmenter la sécurité, de peut-être, être plus
94 réactif et tout ça.

95 IADE 3 : Carrément, ça rejoint ton idée de la première question.

96 EIA : Est-ce que les changements d'équipe chirurgicale ça peut ça peut être aussi une difficulté ?

97 IADE 3 : En fait quand on arrive dans un endroit, comme moi quand je suis arrivé à l'hôpital
98 Sud, en tant que nouveau diplômé, les gens ne te connaissent pas, tu ne connais pas les gens,
99 donc tu vois tout le monde, tout le monde te voit, t'es un petit peu discret timide. Même quand
100 tu as quelque chose à transmettre à l'autre, c'est difficile au départ. Alors qu'au fil du temps, tu
101 prends confiance dans tes décisions, tu prends confiance aussi dans ton droit d'intervention.
102 Quand la relation, elle est saine et bilatérale, en fait, je trouve que l'ambiance générale est
103 beaucoup plus détendue, ce qui facilite la communication. Je trouve que les soins sont de qualité.

104 EIA : D'accord ok et donc en réaction à tous les changements dont tu parles donc t'as parlé
105 notamment des différents patients, même de l'évolution d'un patient au cours d'une même
106 anesthésie, quelles sont les actions que tu mets vraiment en place pour garantir la qualité des
107 soins ? Est-ce que c'est connaître le dossier de ton patient ? Tu parlais de la communication
108 aussi avec les chirurgiens, est-ce que ça va être chercher de l'info pendant la chirurgie auprès

109 de l'équipe ? Enfin qu'est-ce que tu vas rechercher pour avoir tous les éléments qu'il faut et bien
110 mener ton anesthésie.

111 IADE 3 : Connaître le dossier du patient en amont, ça c'est important.

112 EIA : Quelle action, toi dans ta pratique, tu mets en place pour garantir ta sécurité ta relation
113 auprès de tes patients ? et tu m'as parlé aussi de l'ambiance générale. Qu'est-ce que qu'est-ce
114 que tu fais concrètement en action là ? C'est vrai qu'on parlait plus des grandes idées importantes
115 pour toi et là comment tu les mets en application ?

116 IADE 3 : Comment je les mets en application ? J'essaye quand j'accueille le patient de le mettre
117 en confiance et qu'il ait confiance en moi. Je trouve que c'est important, donc c'est avoir des
118 paroles rassurantes et expliquer les choses et demander si lui il a des choses qui n'a pas compris
119 ou qu'il n'a pas pu évoquer. C'est souvent le cas des patients. Je leur dis souvent après avoir fait
120 la *check-list* ou on les assaille de questions, « est ce que vous avez des questions à poser ? ».
121 Souvent ils en ont une ou deux, ça pour moi c'est important, de lui laisser un petit temps au
122 patient pour qu'il puisse me poser des questions. Je mets de la musique, je propose la musique
123 souvent. Pour moi c'est communiquer en fait, la communication c'est hyper important. Parce
124 qu'un bloc opératoire peut paraître hostile. Avec deux équipes finalement, séparées par un
125 champ opératoire. Souvent ces deux équipes, c'est pas qu'elles s'opposent, mais c'est que limite,
126 elles ne se parlent pas en fait. Moi j'aime pas ça, j'essaie que ce soit qu'une équipe quoi. Donc
127 pour moi l'ambiance générale je t'ai parlé tout à l'heure, du tutoiement pour moi c'est important.
128 Je n'ai pas de mal à tutoyer, le chirurgien si lui il me tutoie on se tutoie et on peut parler d'autre
129 chose même pendant l'intervention. Cette ambiance générale elle a une influence sur le déroulé
130 et du coup la sécurité de patient. Et puis, dernière chose ... je ne sais plus ce que je disais.

131 EIA : Est-ce que tu trouves que tes stratégies finalement toutes les actions que tu mets en place,
132 elles évoluent au fil de ta carrière ? ce que tu as déjà senti une évolution ?

133 IADE 3 : J'ai senti une évolution oui, entre ma première année, déjà comme j'ai commencé à
134 l'évoquer un peu tout à l'heure, la première année c'est une année où tu as un diplôme mais tu
135 ne sais pas vraiment comment tu débutes en fait. Tu ne connais pas forcément les choses, tu as
136 pas été confronté seule à ce à quoi tu te confrontes. Souvent c'est la première fois où tu te
137 confrontes ... que tu fais une anesthésie à un enfant de moins de dix kilos tout seul, première
138 fois que tu vas faire... tout est une première fois en fait. C'est une année enfin... c'est souvent

139 un peu stressant après c'est du bon stress aussi hein. Donc pour moi la première année, c'est une
140 année de confrontation à la nouveauté. Une année où, c'est aussi la confrontation à des médecins
141 anesthésistes que tu ne connais pas et qui te connaissent pas. Même si tu les as croisés en stage,
142 ça n'a rien à voir. Ils te connaissent, ils ont vu, mais pourquoi t'es pas encore de la maison, t'es
143 pas encore de la famille, t'es pas quelqu'un de confiance. Même si ce n'est pas forcément négatif
144 ce que je dis, tu le sens de toute façon, ils ne te font pas confiance mais c'est normal en fait.
145 Comme moi, quand j'accueille un étudiant ou un interne, je le connais pas même s'il est gentil
146 je ne lui fais pas confiance. Je ne vais pas le laisser tout seul, tu vois. Attention à ce que je dis,
147 ce n'est pas péjoratif. Avec les médecins c'est un binôme, mais pour qu'il fonctionne, il faut
148 qu'il ait confiance à 100%. Donc pendant une année, moi je parle d'une année, parce qu'en
149 pédiatrie c'est quand même long, c'est vraiment faire ses preuves. Et voilà, une fois que t'as fait
150 tes preuves, tu sens qu'il y a une relation de confiance entre le médecin et toi. Voilà une
151 deuxième page se tourne, et là tu commences à revoir les mêmes choses, mais d'une manière
152 où t'as déjà une petite expérience.

153 EIA : Donc ça te permet de te baser sur ce qui a fonctionné ou bien sur ce que tu as vu des
154 stratégies qui fonctionnaient, les remettre en application, et ça, ça vient par l'expérience ?

155 IADE 3 : Oui le temps et l'expérience et après je dirais qu'au bout de trois-quatre ans, t'as vu
156 un petit peu tout, enfin attention t'as pas fait le tour de tout, mais t'as été confronté à beaucoup
157 de choses. Donc tu sais vraiment ce que tu peux être anticiper plus, et comme tu anticipes
158 davantage, quand il se passe quelque chose, t'es prêt finalement. Donc je pense que les années
159 et l'expérience t'amène à mieux anticiper et je trouve que notre métier en fait, il est fait
160 d'anticipation.

161 EIA : Quel sont pour toi les axes de travail pour améliorer toutes ces stratégies, toutes ces
162 compétences ? Est-ce que tu identifies les ressources que tu utilises ou que ou qui pourrait te
163 manquer ? Ça peut être des formations, ça peut être des temps d'échange avec les collègues ou
164 autre chose, des compétences que tu vas aller apprendre complètement ailleurs.

165 IADE 3 : Oui ce que tu dis, déjà les formations, ici au CHU on a de la chance, on a accès à
166 vraiment beaucoup d'informations et des congrès qui sont très intéressants aussi. On peut aller
167 à beaucoup de congrès ou justement tu parles de l'extérieur. Ici on est un peu enfermé, au CHU.
168 Mais quand tu vas dans un congrès, tu discutes avec d'autres IADE, ou d'autres infirmiers ou

169 d'autres médecins, d'autres centres. Tu te rends compte que pour une même chirurgie ou un
170 même patient tu ne fais pas forcément du tout la même chose. Ça c'est intéressant ces échanges-
171 là. Après, tu reviens ici, tu dis : « tiens je vais essayer ce qu'ils ont dit qu'ils faisaient ». Voilà
172 je trouve que c'est intéressant. La simulation, ça on peut en faire aussi. L'atelier de simulation,
173 je l'ai déjà fait une fois, notamment sur l'intubation difficile chez l'enfant et chez l'adulte. La
174 simulation c'est très réel, très réaliste et très riche parce que c'est aussi un temps enfin... c'est
175 sur 2 ou 3 jours où c'est des moments d'échanges et de retours d'expériences. Tu réfléchis aux
176 choses.

177 EIA : Donc là tu parles d'avoir plutôt de la formation, d'avoir des temps de réflexion sur sa
178 pratique, des échanges avec des collègues pour pouvoir trouver des nouvelles manières de faire
179 de l'anesthésie. Afin de t'adapter peut-être plus facilement à plein de nouvelles situations, ou
180 même des situations auxquelles tu es confronté tous les jours, mais où tu pourrais peut-être
181 t'améliorer en enrichissant ta pratique en fait.

182 IADE 3 : Il y a autre chose qui me vient à l'esprit, c'est fait que y ait beaucoup de turn over chez
183 les médecins anesthésistes. On travaille beaucoup avec des médecins intérimaires, je pense à
184 quelques-uns, mais en fait en pédiatrie, c'est souvent les mêmes qui reviennent, qui font des
185 missions, ils viennent de 3 jours ou une semaine après tu les revois pas pendant 2-3 mois et puis
186 ils reviennent. Au finalement, on les connaît et nous connaissent et ces médecins anesthésistes
187 ils travaillent ailleurs. Quand ils viennent, ils nous apprennent à travailler différemment. A
188 chaque fois c'est un plaisir vraiment de travailler avec eux, parce que c'est des gens déjà très
189 gentils, très agréables, c'est important et en plus ils viennent avec leur œil extérieur, leur façon
190 de faire différente d'ailleurs. Alors que nous ici, on fait beaucoup comme dans nos protocoles,
191 comme dans nos façons de faire. De faire différemment, en sécurité, c'est génial en fait. Ça me
192 permet de progresser, se confronter à d'autres choses, d'autres façons de faire et ça permet aussi
193 de pas s'endormir.

194 EIA : Finalement c'est ces changements dont on parlait au début, qui sont pour toi hyper
195 stimulants.

196 IADE 3 : Stimulants mais je nuance : stimulant quand tu es expérimenté. Parce que, au début,
197 ces changements-là, je t'en ai parlé tout à l'heure, quand ils arrivent quand t'es dans tes premières
198 années de diplôme, ça peut être plus une difficulté qu'une richesse.

199 EIA : Parce que t'es pas suffisamment à l'aise avec ce que tu connais et les habitudes ? Alors
200 que là, une fois que tu trouves suffisamment d'aise, tu peux te permettre d'aller tester de
201 nouvelles choses et ouvrir un peu tous tes horizons.

202 IADE 3 : Oui c'est ça

203 EIA : Bon bah super est-ce que tu veux rajouter quelque chose pour clôturer cet entretien ?

204 IADE 3 : Non.

205 EIA : Je te remercie.

Entretien 4

1

2

3 EIA : Donc avant de commencer vraiment avant les questions, je vais te définir un terme que
4 je vais employer tout à l'heure, pour être sûr qu'on parle bien de la même chose. C'est le
5 processus de changement, c'est-à-dire passage d'un état à un autre, d'un état A à un état B et
6 dans notre profession, ça peut être un changement de patient, d'équipe, de procédure, ça peut
7 englober tout ça. Donc on va commencer le questionnaire. Est-ce que tu peux te présenter et
8 me décrire ton parcours professionnel IADE ?

9 IADE 4 : Je suis F., école IADE 97 99 ici où je suis à Rennes, 99/2005 bloc des urgences,
10 2005/2010 SAMU, 2010/2016 en anesthésie plutôt sur les urgences et ensuite sur l'ortho et
11 autrement 70 % de l'enseignement sur les CESU et sur l'école d'ambulancier, et depuis 2016
12 100 % IADE en ortho DCV.

13 EIA : Ok, est-ce que dans la pratique de ton métier, tu as été déjà confronté à un ou plusieurs
14 changements comme on a pu le définir précédemment ? Et si oui, est-ce que tu peux m'en parler,
15 me les énumérer ?

16 IADE 4 : Oui des changements, je ne vais pas dire quotidiens mais c'est quasiment, plusieurs
17 fois par semaine effectivement. Des modifications qui se trouvent dans les programmes, des
18 modifications dans l'ordre des patients, des modifications de médecins anesthésistes, des
19 changements de bloc, des fois un peu inopinées qui arrivent comme ça au fur et à mesure de la
20 journée.

21 EIA : OK

22 IADE 4 : C'est quelque chose de fréquent. Oui.

23 EIA : De fréquent, ok. Est-ce que tu trouves que ces changements sont plutôt stimulants ou est-
24 ce que c'est plutôt une difficulté dans ta pratique ? Ça peut être les deux, ça peut dépendre des
25 exemples, est-ce que tu peux m'en parler un peu ?

26 IADE 4 : Non, c'est quelque chose qui va toujours demander une réadaptation, donc ce n'est
27 pas quelque chose de forcément stimulant, ni de... voilà c'est quelque chose qui vient plutôt

28 perturber ton organisation. Je n'y vois pas... c'est rarement un truc positif en fait, mais ce n'est
29 pas non plus quelque chose qui perturbe de façon importante. Parfois ça peut mais je n'ai pas
30 d'exemple comme ça en tête. Si... des patients que tu récupères, je me souviens dernièrement
31 j'ai récupéré un patient d'un autre bloc pour qu'il puisse être opéré dans les heures imparties et
32 c'est vrai que c'est un dossier que tu n'as pas regardé. On te le dépose, un dossier hyper
33 compliqué. Et du coup c'est vrai, voilà tu vois c'est quelque chose, tu le sais dès le matin, tu
34 checkes avec le médecin, tu te mets d'accord sur la stratégie. Tu ouvres le dossier, tu t'aperçois
35 que c'est un patient hyper compliqué, normalement ce n'est pas forcément un geste long mais
36 qui peut effectivement, le patient lui est dans un état généralement altéré, si c'est en ça que ça
37 peut être un peu perturbant. C'est le genre de dossier, tu le vois le matin, tu vas le checker dans
38 la journée, c'est un petit peu type « bloc des urgences » quoi, ça te tombe dessus et t'es forcé
39 effectivement de faire avec, c'est en ça, c'est en ça que je mets à part les urgences. Elles, c'est
40 normal, à la limite que tu ne sois pas au courant avant mais quand tu récoltes ce genre de patient
41 à 16h15 tu te dis on m'a pas fait un cadeau quoi. Donc c'est souvent plutôt un aspect un peu
42 négatif, ce n'est pas un truc stimulant, « te dire oh chouette je vais en faire un de plus quoi ! ».

43 EIA : Ouais ok, et du coup parmi tes expériences de changement, là tu parlais par exemple de
44 pouvoir récupérer un patient que tu n'avais pas prévu, est-ce qu'il y en a de plus marquantes,
45 parce qu'elles sont plus compliquées à gérer ou juste parce qu'elles sont plus récurrentes ? Pas
46 forcément plus difficiles mais plus récurrentes.

47 IADE 4 : Ce sont celles que je te viens de te dire, c'est ça, ce que ça peut être aussi, c'est un
48 changement d'anesthésiste.

49 EIA : Ok.

50 IADE 4 : Qui va aussi du coup, tu réfléchis à une stratégie, tu t'es mis d'accord souvent avec
51 un des médecins sur la stratégie. Lui il va arriver, je me souviens à l'époque d'un cas comme
52 ça, on s'était mis d'accord sur la stratégie et compagnie... et puis... je ne me souviens plus
53 pourquoi, il y a changement, et tu changes tout, toute la stratégie, tout ce que tu as préparé, ce
54 que tu as mis en place. C'est plus ça, il faut faire une autre stratégie anesthésique, il faut
55 repréparer alors que le patient est déjà là dans la salle quoi, prêt. En gros, tu étais prêt pour
56 lancer et il te change totalement la stratégie anesthésique alors que la patiente, on allait
57 l'endormir. Voilà aussi des changements qui ne sont pas agréables, puisque tu as réfléchi au

58 truc avant, « tiens on fait ci, ça comme ça comme ça. », puis il arrive, et puis il te modifie tout
59 en deux minutes sans t'aider bien entendu, quelque chose de bien préparé où tu te sens en
60 sécurité et prêt. Là tout d'un coup il faut tout modifier quoi, je me souviens de ce cas là parce
61 que c'est vrai que...

62 EIA : Ok, on va changer un peu de thème, est-ce que tu peux me définir selon toi qu'est-ce que
63 c'est la qualité des soins ? Est-ce que tu peux donner une définition ?

64 IADE 4 : La qualité des soins, ma définition première va être vraiment centrée sur le patient,
65 son bien-être , c'est effectivement, en terme aussi de sécurité, sécurité dans la qualité. Moi je
66 pense aussi sécurité, c'est-à-dire justement d'avoir bien anticipé les choses, être prêt à avoir ton
67 matériel, avoir cette sécurité de l'anesthésie, sécurité aussi que tu lui apportes par justement
68 l'attention que tu lui portes. Tu es dans le soin technique, et des choses comme ça, c'est aussi
69 dans la qualité des soins, pour moi, savoir bien... parfois prendre son temps, pour bien faire les
70 choses plutôt que de faire un petit peu à la va vite et n'importe comment. Donc ouais qualité
71 c'est le bien-être, c'est l'accueil, c'est faire de la sécurité et l'efficacité aussi fait partie de la
72 qualité. Être soi-même, efficace dans les gestes qu'on réalise qu'on met en œuvre, assurer cette
73 qualité.

74 EIA : Là t'as parlé finalement des points les plus importants pour toi, ce serait la sécurité, le
75 bien être du patient, le confort et l'efficacité dans ta prise en charge ?

76 IADE 4 : Voilà.

77 EIA : Ok

78 IADE 4 : Je pense que quand je sors d'une anesthésie, si effectivement j'ai eu le temps de
79 prendre soin de la personne, de prendre contact avec elle, de bien l'installer, bien la réchauffer,
80 la mettre confortable que moi, j'ai été aussi efficace dans mes gestes et tout ça, ce qui va avec
81 son bien-être et sa tranquillité pour son apaisement et tout ça effectivement dans la sécurité. Je
82 suis plutôt satisfait dans ces moments-là, je pense qu'on peut parler d'une prise de charge de
83 qualité.

84 EIA : Ok ça marche. Qu'est-ce que tu mets en place en réaction aux changements dont tu m'as
85 parlé, donc c'était plutôt le changement de patient, peut être au dernier moment, le changement

86 aussi de binôme avec le médecin anesthésiste, qu'est-ce que tu mets en place vraiment dans tes
87 actions pour garantir la sécurité des soins malgré ces changements ?

88 IADE 4 : Ben c'est rechecker, c'est rechecker effectivement les choses, c'est pas se laisser un
89 peu prendre par cette semi urgence quoi. On te change le truc, certains veulent aller vite, il y a
90 une demi-heure de gestes, tout le monde ; tant pis peut-être on fera une quinzaine de minutes
91 en plus, mais ne pas se lancer sans avoir bien rechecker le truc. Bien regarder le dossier du
92 patient, pareil que ce que je disais tout de suite, prendre le temps de l'installer confortablement.
93 Il y est pour rien, si on le change de salle au dernier moment, ce n'est pas pour ça qu'on doit le
94 passer sans prendre soin et tout ça, donc c'est bien le rechecker pour effectivement pas le mettre
95 en difficulté. Rechecker le patient et là c'est l'autre cas avec l'anesthésiste, mais là ça avait été
96 fait, du coup j'ai tout changé. Ne pas se laisser prendre effectivement par cette espèce de semi-
97 urgence qui se crée, on se dit faut aller, faut aller vite, non, tu peux prendre quand même
98 quelques minutes pour regarder le dossier, te remettre d'accord avec le médecin sur les risques
99 sur ce qu'il veut et compagnie, surtout quand ce sont des intérimaires que tu ne connais pas.

100 EIA : Donc c'est un peu du positionnement professionnel ? Du positionnement dans l'équipe
101 pour...

102 IADE 4 : Oui, oui, oui.

103 EIA : Prendre le temps.

104 IADE 4 : Il faut savoir, de temps en temps, dire non je suis pas prêt, tu dis le fameux *no go*, je
105 suis pas prêt. Le patient, je le connais pas, mes drogues ne sont pas prêtes parce que je viens
106 de redescendre de la salle de réveil, je n'ai pas eu le temps de préparer et compagnie, il faut
107 savoir dire « non je suis pas prêt » et pas se laisser embarquer par cette précipitation de tout le
108 monde parce qu'effectivement c'est un rajout, l'heure passe et compagnie quoi. En termes de
109 positionnement, il faut savoir des fois dire non. Ça, ça vient avec l'expérience.

110 EIA : Ok, est-ce que tu penses que toutes les stratégies là, que tu mets en place pour gérer tous
111 ces changements, est-ce que tu penses qu'elles évoluent au cours de ta carrière ? Est-ce qu'elles
112 ont changé depuis que tu es diplômé ?

113 IADE 4 : Bien sûr, plus tu as aussi de l'expérience, plus tu es identifié, plus les... plus on va
114 aussi t'écouter certainement. Je pense qu'aujourd'hui, au début des années 2000 j'aurais fait ça,
115 on arrive au... c'est bon toc... là aujourd'hui je suis capable de me positionner et de dire au
116 médecin « non je suis pas prêt, cinq minutes voilà. ».

117 EIA : Donc ce serait la reconnaissance des autres, de ton expérience et de ton expertise, pas
118 seulement que tu t'autorises, c'est aussi on t'écoute plus quoi ?

119 IADE 4 : Je pense qu'effectivement y a ça, mais y a surtout, moi qui ai peut-être pris plus de
120 confiance en moi ou qui suis moins insouciant. Ou peut-être qu'au début de ta carrière des fois,
121 tu dis « si si, ça va passer après je me débrouillerai toujours. », ah non aujourd'hui je préfère
122 mettre tout l'aspect sécuritaire de mon côté, pour justement ne pas me mettre dans la difficulté.

123 EIA : Parce que tu t'es déjà mis en difficulté ?

124 IADE 4 : Sûrement, comme ça j'en ai pas en tête, mais certainement que parfois y a des choses
125 qui ont été faites un peu *root*, un peu à l'arrache et compagnie. Et aujourd'hui, je me dis, ça ne
126 vaut pas le coup, ça ne vaut pas le coup, je préfère prendre le temps pour faire bien les choses,
127 ça va me prendre 5 minutes mais au moins je vais pas me bouffer les coronaires en me disant
128 « oh là là, oh là là oh là là » c'est tout bête. C'est de prendre le temps, de regarder version-là ou
129 version-là, c'est peut-être ça des exemples où des fois, ouais... on a endormi à l'arrache et puis
130 on se dit quand tu regardes le patient, après tu dis « on a été con », parce quand tu le regardes
131 de profil, tu sais qu'il va être intubé, mais on s'est pas donné le temps de... parce qu'il fallait
132 aller vite et compagnie. Aujourd'hui, non je vais prendre le temps. Après je pense qu'avec le
133 temps, on t'écoute peut-être aussi un peu plus, on t'écoute un peu plus quand tu es identifié,
134 t'es aussi pas identifié comme celui qui fait traîner les choses.

135 EIA : Reconnaître ton efficacité aussi.

136 IADE 4 : C'est ça aussi, si tu le fais toute la journée de faire traîner les choses, tu seras peut-
137 être pas écouté mais quand ça t'arrive à certains moments, peut-être que les gens se disent
138 tiens... Voilà quand je le fais je pense que c'est à bon escient, c'est pas pour faire traîner les
139 choses, c'est qu'effectivement, à ce moment-là, je suis pas prêt donc je suis pas en sécurité,
140 oui le temps fait un peu quand même.

141 EIA : Ok est-ce que, quels sont pour toi les axes de travail pour améliorer ces stratégies, ces
142 compétences ? Est-ce que tu as des ressources que tu peux utiliser ? Ça peut être la formation
143 continue, des échanges avec des collègues, qu'est-ce qui peut te pousser à améliorer encore tout
144 ça ?

145 IADE 4 : A améliorer cette adaptabilité au moment ?

146 EIA : Oui.

147 IADE numéro 4 : Sur ces changements ?

148 EIA : Ouais.

149 IADE 4 : Je pense qu'il y a sûrement ces échanges un peu informels, qu'on peut avoir aussi
150 parfois au café, des choses comme ça, parce on se rend compte que ,voilà, je dis ça quand même
151 régulièrement, tu entends des collègues en parler, tu les entends aussi, comment ils se sont
152 positionnés et compagnie, de dire effectivement, tiens là tu te dis « c'est une bonne stratégie »,
153 ou alors « non au contraire j'aurais pas fait comme ça ». Je me serais positionné en disant « pas
154 question, on part pas dans ces conditions », mais voilà y a ceux effectivement qui ont eu la
155 bonne stratégie, se sont positionnés. C'est aussi souvent d'en parler avec le médecin.

156 EIA : Être en debrief plutôt avec le médecin, qui était avec toi dans la situation finalement ?

157 IADE 4 : Ouais, ouais de lui dire : « voilà, on s'est fait chaud, chaud aux fesses c'est un peu
158 bête, peut-être qu'on aurait pu anticiper ça justement en prenant quelques minutes en ne se
159 précipitant pas et compagnie en prenant quelques minutes ». Après, en termes de formation je
160 suis pas sûr, si peut être dans la communication, être dans la communication mais je pense que
161 maintenant voilà, j'ai les outils en terme de communication, pour pouvoir dire les choses
162 calmement et ça je l'avais pas au début de ma carrière. Peut-être qu'au début de ma carrière, je
163 n'avais pas cette capacité à dire les choses aussi simplement, maintenant je pense que j'ai des
164 outils et je suis capable de justement me positionner sans m'énerver.

165 EIA : Et ces outils tu les acquis comment ? Ces outils de communication ?

166 IADE 4 : Un peu au fur et à mesure.

167 EIA : Par l'expérience finalement ?

168 IADE 4 : Oui en me confrontant un petit peu des fois, en râlant, en te rendant compte que
169 finalement tu n'as eu aucune efficacité. Et que du coup donc j'ai appris au fur et à mesure à
170 apaiser mon discours à être plus aussi dans une stratégie de proposition et compagnie, de
171 suggestion, tiens tu penses pas que non, voilà et que du coup je me rends compte que ça passe
172 mieux, que de vouloir affirmer les choses, mais non je vois pas tellement ce qui pourrait, après
173 c'est quand même très passionnel en termes parfois c'est le côté chir, c'est le côté anesthésie,
174 là c'est vrai que j'y vais doucement, je le dis doucement mais par contre fermement quand je
175 suis, comme je le disais tout à l'heure quand c'est *no go* c'est *no go* je suis pas prêt, le chir
176 peut être en train de taper du pied, je vais pas, je vais continuer à bien m'installer pour mettre
177 mes voies, je vais pas non plus faire n'importe quoi pour éventuellement gagner une minute à
178 l'arrivée, mais surtout risquer d'en perdre deux ou trois parce que je vais rater quoi, donc je
179 vais continuer à bien installer la table, je vais, y a des choses sur lequel maintenant je vais pas
180 forcément faire de concession, mais toujours dans l'idée quand même d'avancer, le but n'est
181 pas de *traîner* mais justement d'améliorer l'efficacité, et de n'avoir à faire qu'une fois ce que
182 j'ai à faire plutôt que de m'y recoller à trois tentatives c'est toute cette stratégie là mais . Non
183 en termes de formation je ne vois ce qui pourrait améliorer ça.

184 EIA : Ok, mais quand tu parles ce qui est rigolo c'est que tu dis « mais maintenant je fais plus,
185 ou je fais différemment », ça veut bien dire du coup, que tout ça tu les as travaillé dans ton
186 expérience finalement et que c'est un peu toutes tes expériences qui ont forgé aussi ce que tu
187 es maintenant et maintenant tu fais différemment en fait.

188 IADE 4 : Oui, je pense qu'au début parfois, trop sûr de toi, un peu euphorique, tu te sens capable
189 de tout. Alors, ou tu te plantes et tu rates parce que tu ne t'es pas bien positionné, parce que t'as
190 pas pris le temps, parce t'as pas tout checké tout ton matos, tu te retrouves en difficulté, oui je
191 pense. Il n'y a pas d'épisodes qui me reviennent en tête, par contre il y a un truc effectivement
192 quand j'étais jeune diplômé, c'est vrai que parfois justement, j'observais les anciens médecins,
193 les vieux médecins anesthésistes dirent j'ai presque des fois trop de sécurité et compagnie. Et
194 je me rends compte aujourd'hui que je traverse ça aussi. Je vais plutôt rechecker deux fois le
195 même truc pour être sûr, voilà je pense qu'avec le temps, je n'ai pas eu heureusement de trucs
196 graves à m'arriver, mais y a toujours des petits aléas qui t'arrivent dans la journée. Tu te rends
197 compte qu'il peut t'arriver même pour un truc, quelque chose que tu fais tous les jours, mais il
198 peut y avoir un évènement gravissime qui arrive, et du coup maintenant j'ai tendance à être....

199 Aujourd'hui, quand j'étais sur leurs résultats d'examens, aujourd'hui je vais préparer tout de
200 suite la deuxième seringue pour être sûr, c'est sûr il y a vingt ans j'ai été un peu plus insouciant,
201 je préparais si j'ai besoin.

202 EIA : T'es plus dans l'anticipation ?

203 IADE 4 : Oui j'y suis plus, effectivement, voilà, un peu dans cette hyper sécurisation du truc et
204 quand il y a changement forcément il faut s'adapter rapidement.

205 EIA : Ton anticipation te permet de t'adapter plus facilement et plus rapidement peut être ?

206 IADE 4 : En tout cas elle permet de dire là « non on n'est pas en sécurité donc on attend une
207 minute, deux minutes on ne se précipite pas », c'est surtout ça que j'essaye de me dire
208 qu'effectivement pour la sécurité du patient, il faut savoir des fois retarder deux minutes trois
209 minutes, pour avoir du temps justement de préparer éventuellement de l'adré, de la noradré, des
210 choses comme ça, plutôt que de se dire on fera quand y aura besoin. Ben non c'est plus ça que
211 ça m'a apporté, c'est vrai je suis moins insouciant, sans doute plus vigilant à ces points de
212 sécurité aujourd'hui qu'avant.

213 EIA : Bien très bien on va avoir terminé, est-ce que tu veux rajouter quelque chose pour clôturer
214 l'entretien.

215 IADE 4 : Non.

216 EIA : Très bien je te remercie.

Entretien 5

1

2

3 EIA : Avant de commencer les questions, je vais définir un terme que je vais utiliser tout à
4 l'heure, donner une définition pour qu'on parle bien des mêmes choses. Donc c'est le concept
5 de changement, ces passages d'un état A à un état B, ces passage d'un état à un autre et dans
6 notre profession ça peut être un changement de patient, un changement de lieu, un changement
7 de binôme, un changement d'équipe, c'est vraiment tout changement, tout ce que tu peux
8 entendre par changement. D'accord ? Donc est-ce que tu peux te présenter puis me décrire ton
9 parcours professionnel IADE ?

10 IADE 5 : Donc je suis A. j'ai fait ma formation à Rennes de 2006 à 2008. 2008, je suis allée
11 travailler en orthopédie, à l'époque le pôle était bien scindé en deux. Il y avait orthopédie et le
12 digestif, c'était deux choses différentes. Donc j'ai travaillé en orthopédie jusqu'en 2013, je crois.
13 Après, j'ai fait de ortho-dig-uro, j'ai étendu mon champ d'action et puis, depuis deux ans, donc
14 ça veut dire 2021 jusqu'à aujourd'hui, je suis au bloc ORL-Neurochir et puis en parallèle de ces
15 années-là, depuis 2008, je fais du samedi SAMU et puis les gardes au CUR.

16 EIA : Ok, est-ce que dans la pratique de ton métier tu as déjà été confronté à un ou plusieurs
17 changements ? Est-ce que tu peux m'en parler ? Est-ce que tu peux les lister ?

18 IADE 5 : Changement ? Ben changement de binôme avec le médecin anesthésiste... Ben bloc
19 du CUR et puis on t'appelle parce qu'il y a un déchoc, donc voilà tu confies ton patient à
20 quelqu'un d'autre. Changement ? bah c'est au moment de tes fins de garde par exemple. 20h,
21 où tu prends le relais d'un de tes collègues, ou un médecin vient dans le bloc et te dit « bah tiens
22 tu suis tel patient mais il faudrait que tu ailles dans telle salle », du coup tu changes de salle. Tu
23 es en train de t'occuper d'un patient et dans une autre salle, il y a un autre patient qui ne va pas
24 bien. Du coup on te demande de venir dans l'autre salle pour donner un coup de main. Qu'est-
25 ce qu'il y a après ?

26 EIA : T'as commencé à en énumérer mais peut-être ceux qui sont les plus marquants, de par
27 leurs difficultés ou alors parce qu'ils sont très récurrents ? ce qui deviennent... bon là t'as parlé

28 un peu de changement de patient changement de salle voilà, est-ce qu'il y en a d'autres assez
29 marquants pour toi ?

30 IADE 5 : Marquants dans la difficulté ?

31 EIA : Ou alors juste parce que c'est quotidien ou pluriquotidien, et que tu y es souvent confronté.

32 IADE 5 : Une fois, il y a eu un changement en Neurochir, un patient qui s'est arrêté, on arrive
33 dans la salle en courant, « est-ce que tu peux aller dans la salle 3 parce que le patient saigne ?! »,
34 donc là t'arrives, c'est vrai comme un cheveu sur la soupe, on va dire. C'était mon collègue, du
35 coup que je voyais qu'il était un peu... le médecin lui demandait plein de choses donc voilà il
36 était... donc ça été un peu... moi j'arrive, je voulais l'aider, donc finalement on a trouvé notre
37 petit truc, ils avaient besoin de matériel, parce qu'en neurochir, c'est très rare que ça saigne et
38 puis là ça saignait bien. Donc effectivement, on était un peu dépourvus de matériel, il voulait
39 poser un KTC en urgence, on avait un échographe mais on n'avait pas les sondes. Il y avait
40 beaucoup de choses qui manquaient donc du coup moi je me suis focalisé sur... comme je
41 savais que mon collègue connaissait bien le patient, j'ai préféré me focaliser sur l'assistance
42 matérielle. Donc servir le médecin, machin, comme ça mon collègue lui il a pu... Parce que
43 quand on arrive et qu'on ne connaît pas les antécédents du patient, quand on ne sait pas ce qui
44 s'est réellement passé, on me résume vite fait mais il fallait agir vite hein, parce que c'était un
45 cas d'urgence absolue, je veux dire qu'il pouvait décéder à tout moment. Voilà ça c'est
46 l'adaptabilité hein ! c'est, tu quittes un patient, ta salle, en deux-trois secondes tu passes d'un
47 état à un autre, ça c'est de l'adaptabilité. Un dé choc aussi ou parfois on te dit va au dé choc,
48 alors tu te dis « je vais avoir le temps de préparer » sauf qu'en fait, au niveau de la régulation et
49 il y a un problème, j'imagine de communication, et le patient est déjà au déchocage. On t'attend
50 comme si, limite, ils trouvent bizarre que tu n'y es pas déjà. Donc c'est vrai que là, il faut aussi
51 s'adapter...

52 EIA : Donc là c'est plus des changements dont tu parles, ou finalement, t'es presque sur le fait
53 accompli, t'arrives dans une situation qui va déjà mal, et toi comment tu trouves ta place dans
54 cette situation-là, que tu ne connais pas, que tu n'as pas pu anticiper.

55 IADE 5 : Oui. D'autres changements ? Je ne sais pas quoi te dire.

56 EIA : Si c'est ceux-là qui te viennent principalement en tête... Est-ce que tu trouves que ces
57 changements là c'est plutôt stimulant ou alors c'est plutôt une difficulté pour toi ?

58 IADE 5 : Moi, stimulant.

59 EIA : Pourquoi ?

60 IADE 5 : Ben parce que en fait, du coup, euh je n'aime pas tout ce qui est routinier. Donc, j'ai
61 des collègues qui apprécient par exemple ne pas changer de service, parce que, c'est on va dire
62 un peu un confort de maîtriser, moi j'ai besoin d'avoir cette petite... on va dire cette poussée
63 d'adrénaline, même si ce n'est pas comme ça. J'ai besoin de l'inconnu, enfin de l'inconnu et je
64 le connais, puisque de toute façon dans cette situation-là, on sait quoi faire. Mais j'ai besoin de
65 ce petit moment d'adrénaline et de mettre en avant, de tester aussi et même si on ne les teste
66 pas mais de mettre en marche des gestes que tu pratiques moins aussi. Tu as moins l'occasion
67 de pratiquer, parce que souvent on note ça, le machin na na na na... alors que là ça arrive, tu
68 viens aider ton collègue, donc je trouve que dans ta tête tu chemines en te disant bon faut aller
69 à l'essentiel là. Là il est en urgence, par exemple la feuille finalement, tu t'en fous, tu t'organises
70 différemment. Tu t'en fous de la tension enfin de la noter ou pas, c'est fait plus tard. Donc c'est
71 de basculer en fait ton cerveau comme s'il ouvrait un autre tiroir, qui fait que, « tiens dans cette
72 situation-là, qu'est-ce qu'il faut que...comment je dois m'organiser ? »

73 EIA : Donc c'est plus finalement l'adaptation sur des situations urgentes et c'est de la trouver ta
74 place rapidement et trouver des solutions rapidement.

75 IADE 5 : Alors pendant, je n'ai pas trop le temps, mais après j'ai une certaine satisfaction de
76 me dire bah voilà... même si... tout ce que j'aime bien aussi c'est les débriefings après. Qu'est-
77 ce qui a été bien ? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour que ce soit mieux ? Je trouve ça
78 constructif, en fait et c'est des changements. Et c'est ça peut être le changement, c'est de modifier
79 ta façon de travailler, tu travailles de telle manière. Et puis en échangeant avec d'autres,
80 collégialement, moi j'écoute toujours les critiques qu'elles soient positives ou négatives, de dire :
81 « Ben tiens là finalement on aurait peut-être gagné du temps en faisant comme ça ou comme
82 ceci. ». Donc ça aussi c'est des changements, c'est changer aussi ta façon de faire.

83 EIA : Et donc ces temps de débriefing, ça peut servir à t'améliorer et potentiellement dans une
84 future situation d'urgence ou même dans ta situation de tous les jours.

85 IADE 5 : Complètement ! Comme moi j'aime bien travailler avec des étudiants, parce que c'est
86 ce que je dis, j'ai des notions qui datent quand on pourrait dire entre 2006 et 2008, des façons
87 de faire et on a la chance d'être dans un métier où les choses évoluent. Et moi, je trouve toujours,
88 j'ai à apprendre aux étudiants, mais les étudiants ont aussi à m'apporter des informations. Moi,
89 j'ai des internes, je leur dis quand ils vont en cours, je leur dis « bah tiens tu me feras un petit
90 résumé de ce que t'as appris » parce que par exemple, moi les ALR autrefois ça ne faisait pas
91 sous échographe. Notre métier évolue et ce qu'on faisait il y a 10 ans, on ne le fait plus
92 maintenant et d'autres choses qu'on faisait il y a 10 ans qu'on fait encore, mais c'est bien aussi
93 de réactualiser nos connaissances. Donc c'est des changements, ouais.

94 EIA : Donc les changements de procédures, de matériel.

95 IADE 5 : Utiliser du proto, maintenant on utilise plus. Par exemple, les modes ventilatoires, on
96 a des nouveaux respi Iapro mais que je n'utilise pas parce que je ne le connais pas. Et quand
97 j'ai des internes qui connaissent ou des étudiants qui ont la chance de le connaître, Ben je dis
98 « allez-y montrez-moi ».

99 EIA : Et pour suivre justement ces changements de procédure, de matériel, de tout ça, comment
100 tu fais ? Tu partages avec les étudiants ? Est-ce que t'as d'autres sources ?

101 IADE 5 : Malheureusement ou alors je ne sais pas où les trouver, des fois j'aimerais, par
102 exemple que l'école, donne des accès à vos cours. Je ne vois pas envoyer un mail à un
103 intervenant disant « voilà j'aimerais avoir votre cours ». Peut-être à tort hein, mais à une
104 époque... bah y a les lundis du RAR, qui sont pas mal. Ils font ça, c'est des lundis,
105 malheureusement je n'y vais pas parce qu'après ma journée de travail, j'ai autre chose à faire,
106 c'est ce genre de choses qui sont bien, c'est des réactualisations. Des gens qui interviennent sur
107 des sujets, ou des thèses qu'ils ont faites.

108 EIA : C'est une forme de formation continue, que tu aimerais avoir plus ?

109 IADE 5 : Oui.

110 EIA : Et là tu disais que, après une journée de travail, t'es pas forcément bien disponible, donc
111 finalement la charge de travail ça peut être un frein à une évolution de connaissance aussi.

112 IADE 5 : Bah oui, assister à un cours magistral, même super intéressant, je ne mets pas en doute
113 l'intervenant, hein mais honnêtement non.

114 EIA : Il faut que ce soit compris dans ton temps de travail, et des temps vraiment dédié ?

115 IADE 5 : Et puis, j'ai ma vie de famille et leur dire ben en fait là, le lundi, au lieu de finir à
116 17h45 voir 18h15, voilà je rentre à 20h. Même moi, je vais être fatigué, ça ne va pas être
117 bénéfique. Donc, c'est bien qu'ils le mettent en replay. Le truc c'est que le replay c'est très bien
118 mais il faut que t'aies du temps. Je vois des sujets qui m'intéresse mais je ne trouve jamais le
119 temps d'y aller ou alors ça va être sur mon temps et mon temps perso ça veut dire que je ne fais
120 pas autre chose que je pourrais faire. Et puis il faut savoir que on a besoin aussi de déconnecter
121 pour pouvoir se ressourcer.

122 EIA : Ok, là du coup on va changer un peu de de notion, est ce que tu peux me définir selon toi
123 quelle est la qualité des soins ?

124 IADE 5 : Qualité des soins ? C'est un soin qui est réaliser dans des bonnes conditions. En fait
125 il y a plusieurs... y a une hygiène, y a le relationnel, il y a la technique, le soin qui est fait
126 correctement. Tu as un objectif et c'est quand l'objectif est atteint.

127 EIA : Qu'est-ce que toi dans ta pratique de tous les jours tu fais... enfin ou alors quels sont tes
128 trois points essentiels pour garantir ta qualité des soins ?

129 IADE 5 : Le relationnel et atteindre l'objectif fixé.

130 EIA : Objectif fixé, c'est-à-dire ?

131 IADE 5 : Bah par exemple, au bloc, il ne faut pas qu'il ait mal, que voilà tous les paramètres
132 soit validés on va dire ouais ça. En sécurité, ça fait partie de mes éléments. Et puis le relationnel,
133 quoique maintenant c'est un peu mieux mais il faut que le patient soit satisfait de son anesthésie
134 et qu'il soit soulagé en post-op.

135 EIA : Tu parlais des objectifs fixés, de ne pas avoir mal peut-être, d'avoir des objectifs et ça
136 comment tu les fixes ? Comment tu te dis, « je me mets tel objectif » ?

137 IADE 5 : En fonction des antécédents du patient par exemple.

138 EIA : Tu vas aller explorer son dossier, te renseigner sur le patient ?

139 IADE 5 : Voilà et en fonction de l'acte chirurgical aussi. Si je sais que c'est potentiellement
140 hémorragique, je vais être plus vigilante sur certains paramètres. Si c'est un patient hypertendu,
141 je sais qu'il ne faut pas qu'il soit hypotendu trop longtemps. Voilà ça va être des paramètres
142 que je vais fixer, ce monsieur-là, il faut que ma PAM soit à tant et pas en dessous.

143 EIA : C'est la personnalisation de soins ?

144 IADE 5 : C'est ça.

145 EIA : D'accord tu parlais aussi de garantir la sécurité.

146 IADE 5 : Oui, la sécurité c'est que le patient qui ne tombe pas. La sécurité des soins, c'est-à-
147 dire, si je le perfuse, que je ne me pique pas. La sécurité de mes collègues aussi, le confort de
148 mes collègues aussi. Ouais, sécurité aussi qu'il se fasse opérer du bon côté, vigilance, faire
149 *check-list*.

150 EIA : Est-ce que tu trouves que tes stratégies, que tu mets en œuvre pour t'adapter à tous les
151 changements, que tu m'as parlé, est-ce que tu trouves que ça évolue en fonction de ta carrière ?
152 Au fil de ta carrière plutôt. Est-ce que tu trouves que tu agis différemment ?

153 IADE 5 : Bah oui, certaines situations que j'aurais vécues à un mois de mon diplôme, je ne les
154 aurais pas vécues comme maintenant. L'expérience fait que... voilà t'as été confronté... c'est ce
155 que je dis, c'est le débriefing après, c'est par tes expériences que tu acquières de nouvelles façons
156 de faire en fait. C'est ça qui est important. Tu apprends des choses, lors de ta formation, il y des
157 choses qui passent que tu n'avais jamais rencontré par exemple, le truc de ne pas trouver du
158 matériel, ce n'est pas mis dans ton cours, que si tu trouves pas le matériel qu'est-ce que tu fais
159 quoi ? Des fois il faut être un peu Mac Gyver.

160 EIA : Finalement c'est acquérir des compétences, peut être des automatismes, au long de ta
161 carrière pour ensuite les transposer dans plein d'autres situations ?

162 IADE 5 : Oui c'est ça et puis l'observation de tes collègues aussi et l'échange avec tes collègues.
163 Les anciens qui te disent « Oh fais-moi comme ça, je fais ceci ou cela ». Du coup la fois d'après
164 ça, tu te dis « tiens, il m'avait dit ça, effectivement, je vais faire ça et tu te rends compte que

165 c'est bien ». Comme une fois en SAMU avec un médecin qui venait de l'armée, il se tient au
166 pied du lit et il ne fait rien, enfin, manuellement il ne fait rien, mais il coordonne tout à la tête :
167 « ça va ? tout le monde est prêt ? machin » et coordonne et ça c'est génial.

168 EIA : Ça c'est une pratique que toi t'as envie de reprendre ?

169 IADE 5 : Quelqu'un qui coordonne tout, on ne peut pas dire qu'il fait rien, mais il réfléchit à
170 ce qu'on doit faire. Et il dit bien « tiens toi, tu vas te mettre ici ou toi tu vas te mettre là. ». Le
171 *feedback* aussi en situation, par exemple au déchoc ou même au bloc. Une situation, bah l'autre
172 fois là quand je suis allée donner un coup de main à mon collègue, le médecin nous disait plein
173 de choses, parce que lui, il se fait sa liste. Alors on sait bien que nous, on ne peut pas aller aussi
174 vite que ce qu'il dit, mais euh le *feedback*, c'est dire « j'ai fait ceci, c'est bien ça que tu veux ?
175 c'est injecté. » Voilà les retours de *feedback* et j'ai appris ça par mon expérience.

176 EIA : Et ça c'est vraiment le critère de sécurité ?

177 IADE 5 : Le médecin sait que ça a été fait, « tu me fais tu me prépares une seringue d'adré ? la
178 seringue est prête. ». Et lui il sait que s'il a besoin de la mettre en route, elle est prête. Ou « tu
179 me fais par exemple neuf mg d'éphédrine » et puis à côté il a dit « vous ferez neuf mg
180 d'éphédrine, vous me posez une sonde urinaire, vous machin », bah lui ne sais plus ce qui est
181 fait et pas fait. Donc là tu lui dis, il entend « hop neuf mg d'éphédrine fait, pose de sonde vésicale
182 fait » parce que lui il était au KTC, il ne pouvait pas tout voir.

183 EIA : Ça se sont des compétences en communication ?

184 IADE 5 : Et c'est de la sécurité, parce qu'on est à trois, donc le collègue il sait aussi que j'ai fait
185 l'éphédrine et qu'elle est pas à faire. Parce que le risque c'est quoi ? C'est que je fasse de
186 l'éphédrine et que lui aussi il fasse de l'éphédrine, parce qu'il a entendu comme moi qu'il y
187 avait de l'éphédrine à faire. Ou je me mets au technicage du KTC et le collègue, lui il peut déjà
188 barrer ça de sa liste et faire autre chose. Il ne faut pas se la jouer perso.

189 EIA : Le travail d'équipe est primordial ? D'autant plus, en des situations complexes d'urgence ?

190 IADE 5 : Oui et puis aussi dans la façon de parler, être prévenant. Parce que aussi comme toi
191 quand tu seras jeune diplômée, faut aussi savoir se rappeler comment on était quand on était
192 jeune diplômée et être bienveillant parce que dans cette situation-là, parce que si tu as un

193 collègue qui est stressé, parce que tu lui as dit « non c'est pas comme ça ! », c'est pas le mettre
194 en sécurité, c'est pas mettre le patient en sécurité. C'est pas le mettre lui en sécurité, parce que
195 la fois d'après il va se dire « oui j'ai été nul ». Enfin ça dépend comment c'est interprété.

196 EIA : Donc bienveillance envers le patient dont tu parlais tout à l'heure, pour le côté confort
197 relationnelle mais aussi pour les équipes ? Et tout ça, ça permet d'avoir un environnement
198 serein ?

199 IADE 5 : Moi j'ai remarqué la façon dont tu parles, le ton. On voit bien les médecins qui te
200 parlent sèchement, ça te fait monter. Maintenant j'ai appris à prendre du recul par rapport à ça,
201 mais si tu te le prends en plein le truc, en fait, tu peux vite être en stress. Alors que quelqu'un
202 qui va te dire les choses « alors, un va te mettre comme ça... » en fait, tu calcules le temps,
203 finalement tu perds pas de temps à parler gentiment et c'est plus serein. Les gens qui crient
204 partout, tu ne sais plus qui a dit quoi, machin. Le climat, l'environnement, je suis sûre qu'il y
205 aurait une étude de fait là-dessus, on gagnerait à être zen.

206 EIA : Pour ta stratégie de l'adaptation au changement, est ce que tu vois des axes de travail pour
207 les améliorer ? Des ressources qui te manqueraient ? Toi, si je regarde ce que tu m'as dit, tu
208 m'as parlé bah là, tu m'as parlé d'une formation hypnose, tu m'as dit que tu aimerais peut-être
209 avoir la formation continue, des temps dédiés à ça. T'as parlé aussi des temps d'échange avec
210 tes collègues, de débriefing, est-ce que tu vois d'autres choses... ?

211 IADE 5 : La simulation, moi je pense que c'est l'avenir, parce que je suis très visuelle en plus.
212 Souvent ils mettent des situations un peu..., si tu revis cette situation là, mais tu vas te rappeler
213 que voilà... même l'organisation avec le médecin, qui fait quoi. Des fois, tu te rends compte
214 celui qui... pendant un arrêt cardio-respiratoire, ce n'est pas forcément l'infirmier qui va gérer.
215 Parce que, peut-être que l'infirmière, elle va être en panique et que c'est l'aide-soignante qui,
216 elle va être au pied du lit et va dire « peut-être vous avez oublié ceci » ou peut-être « ce serait
217 bien d'enlever la tête du lit », des trucs comme ça. Des situations ouais... une hémorragie
218 massive par exemple, on n'a jamais... moi j'ai jamais eu ça en simulation... on fait mais est-ce
219 que l'on fait est bien ? Je ne sais pas, en fait. Ça peut être intéressant dans ce genre de cas de
220 se dire « il faudra une personne pour faire ceci, une personne pour faire cela » et du coup comme
221 on aurait tous la même façon fonctionner, on pourrait dire « tiens toi tu te mets au sang, toi tu

222 te mets au remplissage ». Bon on le fait hein, mais il y a toujours un petit temps ou « tu fais
223 quoi ? ».

224 EIA : Donc c'est à la fois chercher à rencontrer des situations que tu n'avais jamais rencontrées
225 avant, pour pouvoir la transposer plus tard, et c'est toujours ce temps de débriefing dont tu
226 parles, d'avoir un retour sur ce que tu as fait ? De presque revenir, de redevenir étudiante, en
227 situation de formation ?

228 IADE 5 : Ce n'est pas du négatif, quand un médecin me dit « il faut faire comme ça » et lui
229 aussi il se fait aussi son propre *feedback*, c'est ça aussi dans la communication. Se dire « bah lui
230 aussi », du coup, tu le prend moins mal. Ou « j'aurais dû dire ça comme ça », par exemple je
231 vais dire, « ouais je, là je me rends compte que j'aurais dû dire comme ça » et du coup toi t'aurais
232 peut-être compris comme ça et là tu te dis « non mais en fait ça vient ».

233 EIA : Ça marche, bah l'entretien touche à sa fin, est-ce qu'il y a quelque chose que tu voudrais
234 rajouter pour clôturer cet entretien ?

235 IADE 5 : Que les changements ça fait partie du métier et que plus ils sont faits dans la
236 bienveillance et mieux ça se passe.

237 EIA : Très bien, je te remercie.

Entretien n°6

1

2 EIA : Avant de vraiment commencer les questions, je vais te donner une définition pour être
3 sûr qu'on parle bien du même terme, donc là c'est la notion de changement. J'entends par
4 changement, ces passages d'un état à un autre. Dans notre profession ça peut être changement
5 d'équipe, de binôme, de pratique de protocole, de matériel, c'est tout ça. Est-ce que tu veux bien
6 te présenter et décrire ton parcours professionnel IADE ?

7 IADE 6 : Je suis A., je suis IADE depuis 2018, essentiellement au bloc orthopédie et DCV,
8 j'exerce également des gardes au SAMU ou au bloc des urgences.

9 EIA : Est-ce que dans la pratique de ton métier, tu as déjà été confronté à un ou plusieurs
10 changements ? Si oui, est-ce que tu peux m'en parler ? Me donner des exemples ?

11 IADE 6 : Plusieurs changements ? Oui, bah des changements... des remplacements par
12 exemple. Il a fallu que je m'adapte à aller dans différents services, donc notamment en ORL,
13 en cardio. Et c'est vrai quand on a moins l'habitude, c'est un peu déstabilisant parce qu'il faut
14 s'adapter à l'équipe, aux chirurgiens, aux médecins anesthésistes, et qui de plus en plus sont
15 des intérimaires aussi. Qui sont des personnes étrangères qui arrivent en métropole. Oui pas
16 mal de changements quand même.

17 EIA : Et est-ce que tu trouves que ces changements sont plutôt stimulants ou est-ce que c'est
18 plus une difficulté ?

19 IADE 6 : C'était plus une difficulté au début du diplôme, maintenant avec l'expérience, c'est
20 moins déstabilisant, parce que on a l'expérience, on sait ce qu'on fait, on sait ce qu'on doit faire.
21 Mais c'est vrai que quand on débute, on n'arrive pas à dire non, on fait même si on n'est pas
22 d'accord mais on le fait, alors que maintenant je sais que je peux dire non, je sais que je peux
23 proposer moi des solutions que je n'aurais pas faites si j'étais jeune diplômée.

24 EIA : Tu t'autorises plus à te positionner ?

25 IADE 6 : Exactement.

26 EIA : Et parmi tes expériences de changement, que t'as commencé à aborder, donc des
27 changements de service ou des changements de binôme ou d'équipes, est-ce qu'il y en a qui

28 sont plus marquantes que d'autres ? J'entends marquantes par difficiles ou alors tout simplement
29 juste plus récurrentes.

30 IADE 6 : Moi, ce qui va être comme exemple, ça va être la cardio. Souvent quand on arrive en
31 chirurgie cardiaque, pendant les gardes, on y va moins souvent, et là les médecins anesthésistes,
32 tout de suite, voient qu'on n'est pas de cardio, et nous pose la question « ça te plaît de venir en
33 cardio ? » et déjà stressé, parce que tu ne fais pas de cardio. Donc c'est une pression, et tu te dis
34 « bon aller il faut que tu fasses bien les choses, faut que tu réussisses à poser ton KTA, il faut
35 que tu anticipes » et ça c'est vrai que ça met une pression, alors qu'on est content d'aller en
36 garde en cardio. A chaque fois, c'est toujours la même chose, ils sont stressés parce qu'on n'est
37 pas des gens de cardio.

38 EIA : Donc les difficultés de faire ses preuves et de s'intégrer au sein de l'équipe ?

39 IADE 6 : Côté chirurgie non, il n'y a pas de souci, mais oui côté médecin, oui.

40 EIA : Donc t'adapter à ton binôme avec ton médecin anesthésiste ?

41 IADE 6 : Au fil de la journée, il voit que tu travailles bien et ça va mieux. Tout dépend des
42 médecins anesthésistes mais la majorité c'est ça.

43 EIA : Donc en travaillant davantage avec eux, tu noues une relation différente aussi entre le
44 début et la fin de la journée et c'est ça qui améliore aussi tes relations ?

45 IADE 6 : Oui, je ne suis pas toute seule à le dire.

46 EIA : Est-ce que c'est des médecins que tu peux retrouver après, quelques jours plus tard ou
47 quelques mois plus tard ?

48 IADE 6 : Et ben oui, en garde.

49 EIA : Et est-ce que là toi tu es plus sereine quand tu as déjà travaillé avec eux ? Même si c'est
50 quelques semaines avant.

51 IADE 6 : Oui, de toute façon, plus tu travailles avec la personne, plus tu seras serein et à l'aise.

52 EIA : Donc là on va changer un peu de sujet, est-ce que tu peux m'expliquer selon toi ce que
53 c'est que la qualité des soins ?

54 IADE 6 : Une bonne qualité des soins ?

55 EIA : La qualité des soins, qu'est-ce que tu entends par ça ?

56 IADE 6 : Pour moi c'est quand je termine mon travail que je suis contente de moi. Par exemple
57 là, aujourd'hui, je suis en salle de réveil et ben ce soir si j'ai réussi à soulager les patients, même
58 les plus douloureux et qui ressortent avec le sourire, et qui me disent merci et ben j'ai... pour
59 moi c'est que c'est ça la qualité des soins. J'ai répondu au besoin des patients, je suis contente
60 de mon travail.

61 EIA : Répondre aux besoins du patient, essentiellement c'est ça pour toi ?

62 IADE 6 : Ça en salle de réveil, des fois c'est vrai que tu peux aussi ne pas réussir à les soulager.
63 Des fois, c'est un petit peu plus dur, ils doivent aller en salle réveil des urgences en fin de
64 journée, parce que t'a pas réussi, qu'il a fallu beaucoup de drogues, mais ouais quand t'as réussi
65 à passer une bonne journée, que t'as réussi à gérer chaque patient, qu'il n'y avait pas une
66 surcharge de travail et que tu as pu parler aussi avec tous les gens. Parce qu'au bloc opératoire,
67 c'est différent. Après oui voilà, des bonnes prises en charge. Si on a eu des situations un petit
68 peu difficiles comme des chocs hémorragiques, comme des situations d'urgence, ou il y a eu
69 une bonne... pas complicité mais collaboration avec le médecin, ça aussi se sont des bonnes
70 journées. Si ça a pas crié, si c'était calme, tout le monde était à sa place, avec le bon
71 positionnement, ça aussi c'est des bonnes journées.

72 EIA : Et toi à ton échelle, quelles sont, on va dire les trois points essentiels que tu mets en place
73 pour garantir cette qualité des soins ? Dans tes actions, ce qui est primordial pour toi ? Qu'est-
74 ce que tu fais ?

75 IADE 6 : Primordial pour moi ? Sécurité. Pour garantir la sécurité, la première chose que je
76 fais quand j'arrive en salle c'est le contrôle de la salle, pour ça, on a une check-list, ensuite
77 selon les temps opératoires, j'anticipe les risques, moi j'essaye toujours d'anticiper le matériel,
78 je sais que si c'est une chirurgie longue, je vais anticiper le réchauffeur de sang, si c'est à risque

79 hémorragique, le fluïdo ne sera pas loin, le *cellsaver*. Vérifier mes alarmes aussi du scope, du
80 respirateur.

81 EIA : C'est le contrôle de ton environnement ? Et puis une connaissance, de ce que j'en
82 comprends, une connaissance de la chirurgie des connaissances théoriques de la chirurgie et
83 des terrains du patient en fait ?

84 IADE 6 : Voilà exactement, je m'adapte à la situation de soins.

85 EIA : Ok, donc là tu m'as parlé de la sécurité. Est-ce qu'il y a autre chose sur lequel tu portes
86 une attention pour garantir la qualité des soins ? Tout à l'heure, tu parlais du confort et des soins
87 relationnels par exemple. Est-ce ce sont des choses essentielles pour toi ?

88 IADE 6 : Bien sûr que c'est essentiel, l'accueil du patient, c'est une chose hyper importante,
89 parce que c'est un temps qui est court, mais qui est primordial. Moi, j'ai réalisé mon mémoire
90 sur la musique, au sein du bloc opératoire, la musique diminue l'anxiété préopératoire et donc
91 diminuer la douleur post-opératoire et diminuer les morphiniques. Donc j'essaie... c'est
92 vraiment de proposer la musique à mes patients, sinon toujours adopter une communication
93 thérapeutique. Toujours être positif, réchauffer la table, essayer de réchauffer aussi le brassard
94 à tension parce que tous les éléments sont froids... et essayer ouais, que ce soit plus confortable.
95 Après c'est vrai suivant les chirurgies, et quand ce sont des chirurgies délabrantes, tu peux tout
96 essayer pour le mettre dans un état moins stressant même si tu ne peux pas réussir à le
97 soulager...

98 EIA : Est-ce que tu vois autre chose par rapport à la qualité des soins ?

99 IADE 6 : Quand il se réveille, ces gens-là, aller les revoir en salle de réveil.

100 EIA : Le suivi du patient est un peu plus compliqué pour nous au bloc ?

101 IADE 6 : Mais essayer de temps en temps, les patients se souviennent de leur endormissement
102 et nous remercient aussi.

103 EIA : Est-ce que tu peux me parler des actions que tu mets en place en réaction au changement
104 dont tu me parlais ? Là t'as parlé de changement de service, beaucoup de changement de

105 médecin, qu'est-ce que tu fais pour t'y adapter ? Pour faire vivre ta qualité des soins malgré ces
106 changements-là ?

107 IADE 6 : Je reste à l'écoute. Après moi je suis quelqu'un qui est calme, moi déjà mon objectif
108 ce n'est pas de changer par rapport aux patients, c'est sûr des fois on peut être en désaccord
109 avec le médecin anesthésiste, mais toujours en parler « patient endormi ». Et puis discuter,
110 calmement et dire la vérité « moi je ne suis pas d'accord » ou poser la question « pourquoi vous
111 avez fait ce protocole plutôt qu'un autre ? », être toujours dans le dialogue. Ça va avec les
112 médecins anesthésistes, comme je l'ai dit tout à l'heure, il y a de plus en plus de médecins
113 intérimaires qui viennent de l'étranger et ça au départ c'est sûr c'est compliqué.

114 EIA : C'est plus compliqué pourquoi ?

115 IADE 6 : Parce qu'ils ne connaissent pas les protocoles du CHU, parce qu'ils ont toujours
116 travaillé comme ça. Pour changer leur façon de travailler, c'est un peu plus compliqué.

117 EIA : Donc tu dois toi t'adapter à leur inadaptation à eux ?

118 IADE 6 : Exactement, si jamais on voit qu'il y a un risque pour le patient, on informe les autres
119 médecins, qui eux ... le chef de service.

120 EIA : Pour garder en vue la sécurité du patient ?

121 IADE 6 : Oui, oui.

122 EIA : Donc tu mobilises beaucoup de ressources en communication.

123 IADE 6 : Après pour un changement de lieu, par exemple la chirurgie cardiaque, c'est hyper
124 protocolé donc là j'ai toujours une petite fiche, quand je vais là-bas. Elle me dit tout ce qu'il
125 faut préparer, ça me rassure.

126 EIA : C'est une ressource que tu t'es créée, ta petite fiche. Et ça c'est des ressources plutôt
127 théoriques. Est-ce que tu trouves que toutes les stratégies que tu mets en place dont tu viens de
128 parler, est ce que tu trouves qu'elles évoluent en fonction de ta carrière ? Est ce qu'elles ont
129 déjà évolué.

130 IADE 6 : Bien sûr.

131 EIA : Et comment, pourquoi ?

132 IADE 6 : On gagne de l'expérience, on gagne en maturité et ça change quand même tout. Déjà
133 rien qu'avec les patients, ce qui a évolué, c'est que on va avoir moins de stress pour tout ce qui
134 est technique, la technicité et ben on aura moins de stress pour nous, donc on sera plus ouvert
135 pour la relation avec le patient. Alors qu'au départ, on est tellement concentré sur la technique,
136 que ben c'est pas qu'on en oublie le patient mais on est moins disponible. Plus on a d'expérience,
137 plus on est à l'aise, plus on est relâché, plus on communique avec les patients, même avec les
138 médecins anesthésistes. On peut aussi... et même les médecins qui arrivent de l'étranger, nous
139 écoutent.

140 EIA : Qu'est-ce qui fait qu'il t'écoute ?

141 IADE 6 : Parce que ça fait quelques années que je travaille dans le même service.

142 EIA : C'est la reconnaissance de ton expérience et de ton expertise ?

143 IADE 6 : Même si moi ça fait que cinq ans. On connaît les protocoles, les chirurgiens, les
144 techniques, on connaît aussi le chirurgien, selon tel type de chirurgien, la chirurgie ne va pas
145 être la même. Eux, ils viennent d'arriver, ils ne connaissent pas tout ça. Par exemple, la chirurgie
146 hépatique, il y a encore plusieurs années, il y avait des gros risques hémorragiques et ça
147 transfusait énormément, aujourd'hui le risque hémorragique est moindre et c'est rare qu'on
148 transfuse. On leur posait des KTC systématiquement, choses qu'on ne fait plus maintenant. La
149 quand on voit des médecins étrangers qui arrivent, tout de suite c'est « on va poser un KTC, un
150 KTA », on leur dit « non, non, non », on leur explique.

151 EIA : Tu leur apportes la connaissance du service, tu les aides à s'adapter au lieu dans lequel
152 ils sont.

153 IADE 6 : Exactement.

154 EIA : Est-ce que tu identifies des axes de travail, pour améliorer toutes ces compétences, ces
155 stratégies ? Est-ce que tu identifies des ressources qui te manqueraient ? Est ce qu'il y a des
156 choses dont tu aurais besoin pour continuer à t'adapter ? On peut parler de la formation, de la
157 formation continue, des temps d'échange avec tes collègues, ça peut être plein de choses comme
158 ça.

159 IADE 6 : Exactement ce que tu dis, des formations continues, c'est toujours une aide. Les
160 techniques de communication évoluent, il peut y avoir l'hypnose aussi, peut-être un jour je m'y
161 mettrais. Concernant les médecins anesthésistes, c'est un petit peu différent, là de toute façon,
162 il va falloir s'y adapter parce qu'il manque tellement de médecins... Nous, je sais qu'on a créé
163 un groupe de parole sur une application, je sais qu'on discute pas mal et on n'hésite pas à en
164 informer le chef de service. On a déjà eu un souci il y a pas longtemps, et elle est partie du
165 service, on communique beaucoup. Et puis les temps d'échanges, il faudrait en demander de
166 temps en temps avec les cadres.

167 EIA : Des temps d'échanges plutôt entre collègues IADE ?

168 IADE 6 : Oui et puis avec la cadre pour qu'elle soit informée aussi.

169 EIA : Est-ce que tu veux rajouter quelque chose pour clôturer cet entretien ?

170 IADE 6 : Non c'est bon.

171 EIA : Merci à toi.

Entretien n°7

1

2 EIA : Avant que je commence à te poser des questions je vais définir un terme que je vais
3 utiliser, pour être sûr qu'on parle bien des mêmes choses. Donc, c'est le terme de changement,
4 le changement c'est le passage d'un état A à un état B. Dans notre profession, ça peut être un
5 changement d'équipe, ça peut être un changement de lieu, ça peut être un changement de
6 pratique, un changement de matériel, c'est vraiment plein de choses comme ça. Alors, est-ce
7 que tu peux te présenter et décrire ton parcours professionnel IADE ?

8 IADE 7 : Ok, alors je m'appelle M., j'ai 26 ans, je suis diplômée depuis octobre 2022, donc je
9 suis une toute jeune IADE et je travaille dans un hôpital périphérique. C'est un bloc polyvalent
10 avec plusieurs activités, notamment digestif, orthopédie, gynéco, un petit peu d'ORL de temps
11 en temps, donc aussi à la mater pour les césariennes et on fait aussi de la salle de réveil. En salle
12 de réveil, on est formé à la pose de *Picc Line* par les médecins anesthésistes, en ce moment.
13 Voilà il y a aussi l'ophtalmo, tout ça, mais pour l'instant je n'en fais pas.

14 EIA : OK et du coup dans la pratique de ton métier, est-ce que t'as déjà été confrontée à un ou
15 plusieurs changements comme j'ai pu le définir plus haut ? Et si oui, est-ce que tu peux m'en
16 parler ?

17 IADE 7 : Bah après c'est un métier avec des changements un peu perpétuels, parce qu'il y a des
18 choses que j'ai vu en tant qu'étudiante, pendant les stages, du matériel par exemple, du matériel
19 qu'on a au CHU, le NIRS, des choses comme ça, qu'on n'a pas forcément dans les hôpitaux
20 périphériques. Le changement aussi en fonction des anesthésistes, parce que ça peut arriver
21 qu'on ait des anesthésistes intérimaires, qui ne fonctionnent pas tout à fait comme... enfin c'est
22 pas du tout péjoratif hein, mais qui ont des façons différentes de travailler et pour autant... bah
23 ouais en fait c'est le changement, ça fait partie de notre quotidien. On change de spécialité tous
24 les jours, on change de casquette, des fois en salle de réveil, des fois on est en salle, des fois on
25 est à la mater, enfin voilà il y a ce côté-là. Il y a ce côté où j'étais avec les médecins avec qui on
26 travaille, parce qu'il faut... bah chacun sa pratique et chacun ses habitudes aussi, donc c'est du
27 changement. Par rapport à ça, le changement de matériel aussi. Voilà, qu'on n'a pas forcément
28 dans un centre ou autre, ou ce n'est pas le même laboratoire ou quelque chose. C'est quelque
29 chose qui va être notre quotidien en fait, qui va avec notre façon de s'adapter, qui est une des
30 casquettes de l'IADE.

31 EIA : OK, est-ce que tu trouves que ces changements sont plutôt stimulants ou est-ce que c'est
32 plus une difficulté dans ta pratique ? Ou alors les deux ? Tu peux aussi donner plusieurs
33 exemples.

34 IADE 7 : Je trouve ça plutôt stimulant, donc c'est peut-être parce que je suis encore jeune IADE
35 et que du coup ça ne me perturbe pas plus que ça de changer un peu mes habitudes. Ça va être
36 des exemples, c'est vrai que par exemple, on utilise beaucoup de sufenta au bloc et l'autre fois
37 c'est arrivé qu'un anesthésiste voulait de l'alfentanyl et en fait quand tu réfléchis, ben elle avait
38 totalement raison, parce que par rapport à la durée de l'intervention, elle avait raison. Donc c'est
39 vrai que d'avoir finalement des gens aussi... enfin des médecins qui réfléchissent beaucoup à
40 leur pratique et qui essaient d'être précautionneux, ouais le truc le mieux possible, ben oui ça
41 change un peu nos habitudes et pour autant c'est bien. Je pense que le changement rime vraiment
42 avec s'adapter et pour ma part pour l'instant en tout cas ça ne me pose pas trop de problèmes. .
43 Même si des fois, ça peut être aussi fatigant Je m'adapte en fonction des gens avec qui je
44 travaille et même si en tant qu'IADE, on a aussi notre mot à dire, qu'on peut justifier quand on
45 veut quelque chose ou autre médicament, et normalement on nous écoute et c'est ça qui est cool.
46 Mais non le changement pour l'instant, ça ne me pose pas plus de problèmes. Peut-être que je
47 n'ai pas eu de gros changements qui m'ont perturbé depuis les stages que j'ai pu faire.

48 EIA : Avant, tu disais que ça ne te posait peut-être pas trop de difficultés parce que t'étais jeune
49 IADE, pourquoi ? Parce que t'es proche de l'école et que tu es habituée à voir des changements ?

50 IADE 7 : Bah je pense que comparer à des vieux IADE, des collègues qui sont proches de la
51 retraite, qui ont connu énormément de changement dans la pratique de l'anesthésie... quand je
52 parle avec ceux qui à leurs débuts n'avaient pas la capno, pas le TOF, eux par contre ils ont vu
53 de gros changements en anesthésie. Ou même l'arrivée du TOF, moi je vais être très scolaire :
54 4 sur 4, au-dessus de 90% sinon j'extube pas et mes collègues, qui n'ont pas connu le top à leurs
55 débuts, bon il peut y avoir genre 80% , il voit le mec, il bouge bien la tête, qui est quand même
56 présent et ben maintenant c'est bon, bah ils vont extuber, parce que eux, ils ont connu vraiment
57 des changements dans leur pratique, ils ont dû s'adapter à de nouveaux matériels, à des
58 nouvelles réglementations, avec des choses qui sont devenues obligatoires. C'est vrai que moi,
59 pour l'instant je n'ai pas connu de grands changements en termes de pratique. Les jeunes
60 médecins, ils font beaucoup avec la SFAR, se mettent beaucoup à jour et nous on a accès aussi
61 maintenant à tout ça, que ce soit l'Oxymag ou les revues d'anesthésie. Et puis, je pense que

62 c'était aussi en termes de caractère, moi, le changement si c'est positif pour le patient et puis si
63 c'est dans un sens où ça peut avoir un intérêt pour tout le monde, pour le patient, bah pourquoi
64 pas.

65 EIA : Là on va changer un peu de thème, est ce que tu peux me dire en quelques mots selon
66 toi, qu'est-ce que c'est que la qualité des soins ?

67 IADE 7 : La qualité des soins ? bah ça va être la sécurité, la communication et le travail en
68 équipe.

69 EIA : D'accord, ok et toi à ton échelle, comment tu mets en œuvre cette qualité des soins ?
70 Finalement dans ta pratique là, tu parles de sécurité et de communication, de travail en équipe,
71 comment tu retranscris ça dans tes actions dans ton boulot ?

72 IADE 7 : Dans les soins, par exemple, tout ce qui est check-list avec le patient, enfin on peut
73 commencer dès le début de la journée avec l'ouverture de salle, qui du coup nous permet de
74 nous mettre en sécurité et de mettre en sécurité le patient. Donc avec des check-lists d'ouverture,
75 des feuilles d'ouverture de salles, les médicaments qu'on... Enfin vraiment, je pense que déjà
76 dès le début de la journée, avec notre salle, c'est ce qui garantit un peu la sécurité du patient.
77 Vérifier le matériel, qu'il soit fonctionnel ou qu'on a ce qu'il faut en fonction de l'intervention.
78 Ça va être prendre en compte le terrain du patient, par exemple, une personne âgée ou ben moi,
79 je vais facilement mettre le BIS, la température, mettre un peu tout, le réchauffeur, voilà pour
80 mettre la personne en sécurité. Euh après ça va être aussi, tout ce qui est check-list au niveau
81 du patient en collaboration avec chirurgien, médecin anesthésiste, IBODE, les aides-soignants
82 et être sûr qu'on parle bien de la même personne. Transmettre les infos aussi, parce que bah des
83 fois, moi je lui posais des questions de la check-list, 3 min avant, il y a eu l'infirmière du réveil
84 qui les a posées, 3 min après il y a l'IBODE qui arrive donc il y a aussi ce terme de confiance.
85 Ben moi je peux très bien retransmettre les infos à ma collègue IBODE, devant le patient en
86 disant, « bah ouais je viens de lui poser des questions, y a ça, ça, ça. », comme ça le patient il
87 est là et il entend et il dit « oui bah voilà c'est ça », que de reposer quinze fois les questions,
88 mais tout en mettant le patient en sécurité. Voilà la qualité des soins, oui c'est ça et le travail en
89 équipe, pour une bonne coordination des soins et les transmissions c'est écouter aussi ce que le
90 patient a à dire. Voilà, il y a aussi beaucoup de communication avec le patient pour la qualité
91 des soins. Euh s'adapter à lui c'est voir son niveau de stress aussi par rapport à l'intervention,

92 qui va faire qu'il va être plus ou moins fermé. Donc la qualité des soins c'est aussi, que lui vive
93 cette expérience opératoire, que ce soit la première ou que ça fasse plusieurs fois... de façon
94 presque sereine, qu'il ait confiance en l'équipe, qu'il se dise « je suis en sécurité ».

95 EIA : Ok, tu as parlé des changements de binômes beaucoup, notamment avec des médecins
96 intérimaires, tu parlais aussi des changements de service, comment tu t'adaptes ? Qu'est-ce que
97 tu fais pour garantir la qualité des soins ?

98 IADE 7 : Ouais, alors après, c'est vrai que ça ne fait pas longtemps du tout que je suis IADE,
99 donc je suis encore en apprentissage. On va dire... voilà, c'est vrai que je vais beaucoup faire
100 appel à mes collègues. Par exemple, pour les changements de chirurgie et tout ça, avec des
101 chirurgies qu'on connaît moins bien, ça va être bah me donner des classeurs en fait, où elles ont
102 toute l'intervention détaillée, ce qui fait que moi je peux savoir où on en est pour bah adapter
103 aussi mon anesthésie en fonction, surtout sur des grosses interventions, qu'on fait un peu moins
104 souvent. Après le changement, je pense que c'est peut-être aussi en termes de caractère. Il y a
105 peut-être des gens qui préfèrent travailler au CHU justement dans un ou deux services, un bloc
106 spécifique et vraiment se spécialiser, enfin être cantonné vraiment à peu de spécialités parce
107 que les gens sont plus en confiance comme ça. Moi c'est vrai j'aime bien le côté de pouvoir aller
108 d'un bloc à l'autre, d'une spécialité à l'autre, de dire « bah quand on est en salle d'urgence, bah
109 tiens on peut faire l'orthopédie, après on passe au digestif, on passe à l'uro. », en sachant qu'on
110 va voir des patients avec plein de terrains différents, on peut passer du diabétique, personne
111 obèse et que du coup c'est vraiment une gymnastique pour le cerveau. C'est hyper... je trouve
112 que c'est assez enrichissant pour le cerveau, en plus on a quand même accès maintenant... je
113 veux dire j'ai toujours accès à mes cours, donc c'est que si j'ai une interrogation, bah soit je fais
114 appel à mes collègues soit je peux regarder directement sur mon téléphone, parce que on a
115 beaucoup de protocoles et de choses comme ça. Après, on a des bases communes, l'ouverture
116 de salle ça reste une base commune, du personnel qualifié, ça reste aussi... enfin voilà, c'est des
117 personnes qui travaillent... c'est des gens sur qui on peut compter. Et voilà, donc ça aide aussi
118 pour le changement de spécialité, ou de choses comme ça. Ça va être les protocoles aussi, les
119 bases de données, c'est ce qui permet de se mettre à jour au niveau des connaissances et puis
120 bah les cours, qui sont récents. Donc comme ça, quand j'ai besoin, je peux regarder la veille
121 mon intervention et puis je regarde hop le cours que j'ai fait et qu'on avait fait à l'école IADE et

122 puis comme ça je les utilise et je me remets les mots-clés en en tête, parce qu'on ne peut pas se
123 souvenir de tout, tout le temps.

124 EIA : Donc tu utilises des ressources, on va dire théoriques personnelles, que tu as pu apprendre
125 en cours, ré-accéder à tes cours qui sont finalement encore d'actualité, parce que récents et plutôt
126 des ressources humaines, avec tes collègues, qui sont un bon support pour toi, si tu as besoin.

127 IADE 7 : Oui et puis les internes d'anesthésies, en fait, qui eux, sont du coup encore plus à jour,
128 qu'on leurs six mois d'internat, donc en fait eux, ils sont aussi hyper à jour et je pense qu'ils sont
129 encore plus dans la lecture d'études récentes, sur tel ou tel médicament, sur tel truc et du coup,
130 là c'est vrai que souvent ils nous transmettent aussi ce qui me lissent et ça c'est intéressant pour
131 nous. Et voilà des fois y a des choses, où on le fait y a pas vraiment d'intérêt et puis il y a des
132 nouvelles études qui montrent autre chose et c'est aussi ça s'adapter au changement. C'est voir
133 en fonction des études, que peut-être y a des choses qu'on faisait avant qui marchaient bien,
134 pour autant si on fait différemment ça sera peut-être encore mieux pour le patient. Parce que, le
135 but en soi, c'est vraiment personnel, c'est que le patient ait la prise en charge adaptée à ses
136 terrains, adaptée à sa vie et adaptée pour lui.

137 EIA : Donc ça, ça fait référence au travail en équipe dont tu as parlé tout à l'heure. Est-ce que
138 tu trouves que toutes tes actions on pourrait peut-être même parler de stratégies, elles évoluent
139 déjà au fil de ta carrière ? Alors je sais que ta carrière est encore courte, mais peut-être que déjà
140 t'as remarqué des modifications dans ta manière d'être, dans tes actions pour garantir la qualité
141 des soins en anesthésie ?

142 IADE 7 : Après quand on parle vraiment qualité des soins, oui bien sûr, enfin même si ça fait
143 quelques mois que j'ai commencé, bah on sent une évolution comparée à quand on était étudiant.
144 Parce que, là il faut vraiment être autonome, sur les stages que j'ai pu faire on m'a laissé
145 rapidement de l'autonomie, ce qui fait que je pense que le passage du profil étudiant au profil
146 professionnel c'est assez bien passé. J'ai gagné en positionnement professionnel. Déjà parce
147 que j'étais entourée d'une équipe qui a été présente, mais aussi parce que les stages que j'ai pu
148 faire on m'a rapidement laissée en autonomie. Mais du coup en terme de qualité des soins, c'est
149 vrai qu'on a... oui forcément on évolue, on a plus confiance en nous aussi, il y a des choses
150 qu'on vérifie, enfin je sais pas trop enfin, on vérifie beaucoup plus. L'ouverture de salle quand
151 on est étudiant, on met vraiment beaucoup plus de temps, alors qu'au final une fois qu'on est en

152 poste, on met de moins en moins de temps. Au début t'arrives limite une demi-heure en avance,
153 parce que tu veux que tout soit cadré avant et puis en fait je suis en mesure tu te rends compte
154 que tu peux te permettre d'arriver à l'heure, parce que ça y est tu maîtrises un peu plus les choses.
155 Mais ça c'est exactement quand on commence aussi en tant qu'infirmier.

156 EIA : Et le fait de gagner ce temps-là, de moins se concentrer sur des tâches d'ouverture de salle
157 par exemple, tu l'as fait être plus rapidement et tout ça, est-ce que t'arrives du coup à te
158 concentrer sur des nouvelles choses ? A te libérer l'esprit de choses basiques ou plus
159 sécuritaires ?

160 IADE 7 : Ce temps d'économie on va dire, où je vais aller plus vite à ouvrir ma salle par exemple,
161 en fait c'est du temps que je vais passer plus avec le patient à son arrivée. Je vais avoir le temps
162 pas juste de lui faire la *check-list*, ou de lui dire bonjour, je me présente et puis je fais la *check-*
163 *list*. Mais si c'est un temps qui permet de s'adapter... d'apprendre un peu à connaître la personne.
164 Bon après il y a des gens qui n'ont pas forcément envie, parce qu'ils sont stressés et voilà et
165 c'est vraiment de l'adaptation. Mais par exemple, quand on fait un petit peu de pédiatrie, ben les
166 petits, il faut du temps, parce qu'ils voient des personnes qui ne connaissent pas donc il faut
167 vraiment ce temps d'accueil, essayer de les faire rire, de mettre du feutre dans le masque ou des
168 choses comme ça pour essayer de les divertir. Et le temps qu'on va passer en moins au départ
169 parce qu'on a plus confiance dans le travail, on sait ce qu'on fait et on sait que c'est fait
170 correctement. Et puis, en plus il y a des... on a des feuilles, enfin il y a la traçabilité et tout ça,
171 mais du coup y a des rappels mais il y a des choses qu'on fait instinctivement je pense. Ça
172 permet de libérer du temps pour le patient, d'apprendre à le connaître. Aussi comparer au tout
173 début où on est vraiment happé par exemple par l'intubation ou t'es à fond intubation et
174 ventilation après tu te détaches un petit peu en disant « bah déjà si j'arrive pas à intuber c'est
175 pas grave j'ai vu le médecin avec moi, je suis pas en clinique, le médecin est avec moi, il va
176 m'aider », ça enlève un stress et puis je peux te dire « bah c'est du temps où je vais parler aux
177 patients », pendant qu'il s'endort, mettre de la musique, parce que ça, j'ai l'impression que ça il
178 y en a beaucoup quand même qu'on leur met une musique avant de s'endormir et ça, ça détend
179 les personnes. Donc en fait oui, la qualité des soins passe aussi par bah par la façon dont on est
180 avec le patient, de l'accueillir. De plus, moi, j'ai fait mon mémoire l'année dernière sur ça, sur
181 l'accueil du patient bloc opératoire. Donc tout ce qui est “sphère communication”, bah c'est
182 quand même important pour moi et du coup bah j'essaie de le mettre en pratique aussi au

183 quotidien. Ce qui est plus facile déjà quand on est à quelques mois du diplôme par rapport au
184 tout début ou on est vraiment centré sur le soin technique et la sécurité.

185 EIA : Finalement maintenant avec un peu plus d'expérience et de confiance en toi, t'arrives à te
186 concentrer sur tes objectifs peut-être un tout petit peu plus secondaires ? Si en premier tu mets
187 ta sécurité, maintenant t'arrives à passer au-delà de ça et à te concentrer sur la suite ?

188 IADE 7 : Oui, même si je suis encore au début et j'ai encore beaucoup à apprendre. Avoir fait
189 plein de stages différents au CHU, en clinique, avec la formation aide aussi. Je pense que la
190 formation aide aussi à ce que le passage d'étudiant à professionnel soit plus facile aussi.

191 EIA : Parce qu'on te met déjà en situation d'autonomie en stage à l'école ?

192 IADE 7 : Oui, plus tout ce qui est simulation ça aussi ça a aidé.

193 EIA : D'accord, ok, est-ce que tu vois des axes de travail pour améliorer toutes tes compétences ?
194 Est-ce que y a des ressources sur lesquelles tu aimerais t'appuyer y compris plus tard ? Ou alors
195 des ressources qui te manqueraient ?

196 IADE 7 : Après oui, de toute façon, c'est un métier qui va continuer d'évoluer en terme
197 d'anesthésie pure, enfin c'est un domaine de santé qui va continuer à vraiment évoluer. Donc le
198 fait qu'on enfin... moi je n'ai pas envie de m'enterrer dans un truc et de pas voir ce qui se passe
199 autour et qu'il faut évoluer avec son temps. Et le fait d'avoir des jeunes anesthésistes pour ça
200 c'est cool, on voit la différence de pratique entre les anciens et puis les jeunes. Même si les
201 anciens ce qu'ils font, c'est très bien hein c'est pas du tout ça, mais c'est vrai que déjà travailler
202 avec des personnels jeunes ça permet de se mettre à jour. Après les formations, oui moi je serais
203 hyper demandeuse mais ça dépend de l'hôpital où on travaille. Des fois, ce n'est pas toujours
204 facile d'avoir des formations, mais oui j'aimerais en faire. J'aimerais bien faire une formation
205 hypnose, là c'est vrai que le *Picc Line* c'est mes collègues qui me forment, mais j'aimerais bien
206 partir en formation sur tout ce qui est échographe. D'ici quelques années, voir les avancées de
207 l'anesthésie, de voir comment ça évolue et après bah justement oui la communication avec les
208 pairs. C'est vrai que c'est souvent qu'on... en salle de pause ou des choses comme ça, je pense
209 encore plus parce que je débute, j'ai besoin de quand j'ai des trucs où je ne sais pas trop, où je
210 demande, j'en parle « genre là, j'étais comme si, j'étais comme ça », des situations un peu plus
211 d'urgence et est-ce que c'est comme ça qu'il faut faire et d'avoir le retour des collègues, c'est

212 aussi important, ça permet d'évoluer, ça permet d'apprendre aussi. Donc même si c'est pas des
213 temps formels ou on se dit « là on staff tel patient ou tel cas », c'est du temps informel dans les
214 couloirs ou en salle de réveil, « bah voilà j'ai fait comme ça, qu'est-ce que tu penses ? » et voilà
215 il faut de toute façon, il faut continuer à apprendre. Voilà réviser des fois les cours, oui moi je
216 suis prête... j'espère que je continuerai, mais des fois, c'est un truc que je sais plus trop, j'ai une
217 spécialité le lendemain, bah je relis mon cours et puis voilà, au moins ça permet de... le but
218 c'est pour le patient d'avoir quelque chose d'adapter quoi.

219 EIA : ok, et bien écoute l'entretien touche à sa fin, est-ce que tu as quelque chose que tu veux
220 rajouter pour terminer ?

221 IADE 7 : Non, mais j'espère que ça va te servir !

222 EIA : Absolument, je te remercie.

Entretien n°8

1

2 EIA : Alors, est-ce que tu peux commencer par me présenter ton parcours professionnel
3 IADE ? IADE 8 : Je suis IADE depuis 1997. Rapidement, j'ai fait... j'étais infirmier au CHR de
4 Lille. J'ai été appelé sous les drapeaux donc j'ai fait mon service national en 1992 et en fait j'ai
5 eu l'opportunité de m'engager dans l'armée. Parce qu'en fait, j'ai fait mon service national aux
6 grands brûlés de Percy où j'étais infirmier de réanimation et en fait mon profil les intéressait et
7 ils m'ont demandé si ça m'intéressait de m'engager dans l'armée et qu'ils me financent, qu'ils
8 me prennent en charge pour l'école d'anesthésie. J'ai fait au Val-de-Grâce le 1995 à 1997 donc
9 ça commence à dater. Au départ, j'étais parti pour rendre mes 5 ans à l'armée, au ministère de
10 la défense et retourner au CHR de Lille. Sauf que, petit à petit, j'ai trouvé mon compte au niveau
11 militaire et j'ai fait ma carrière militaire. J'ai travaillé à l'hôpital Percy, en tant IADE, au poly
12 trauma Center pendant 5 ans, ensuite j'ai fait en tant qu'IADE 10 ans à Bordeaux, à l'hôpital
13 d'instruction des armées Robert Piquet dans la région de Bordeaux. Ensuite j'ai fait une mesure
14 de détachement avec le CHU de Rennes, donc je suis arrivé ici en 2013, où j'ai fait 2 ans en tant
15 qu'IADE, ici en neuro Chir, ORL et je prenais mes gardes CUR. J'ai dépanné un petit peu en
16 pédiatrie et en mater pendant 2 mois parce qu'ils avaient besoin là-bas. Je suis parti à l'hôpital
17 de Dinan/Saint-Malo pendant 7 ans et comme l'activité a baissé sur l'hôpital de Dinan, j'ai fait
18 le choix de revenir au CHU de Rennes depuis novembre 2021. Et voilà, je pense terminer ma
19 carrière au CHU de Rennes. Je suis venu ici pour des raisons financières, entre autres, des
20 raisons d'intérêt professionnel, où tu fais de tout, où je n'avais pas envie de... comment dire...
21 je n'avais pas envie de finir ma carrière à Saint-Malo ou quelque part l'activité est très restreinte
22 et où on ne fait pas autant de choses que dans un CHU.

23 EIA : Et là, t'es sur quel pôle ?

24 IADE 8 : Alors, je suis sur le pôle DCV-URO-ORTHO et bien sûr, je prends mes gardes au
25 CUR.

26 EIA : D'accord, est-ce que dans la pratique de ton métier IADE, t'as déjà été confronté à un ou
27 plusieurs changements ? Est-ce que tu peux m'en parler et me donner des exemples ?

28 IADE 8 : Pour moi c'est vital. Je m'entends, ou en fait, si tu n'as pas un cycle... pour moi, tous
29 les 5-10 ans, tu tombes dans une routine et tu t'ennuies, assez rapidement. Notamment en

30 anesthésie. Donc le fait de changer d'établissement, changer d'équipe, changer de spécialité et
31 ben tu vois, j'ai 53 ans bientôt, je n'ai rien vu passer. J'ai toujours été intéressé et le gros
32 avantage par rapport à d'autres collègues, c'est que j'adore encore ce que je fais. J'adore en faire
33 de l'anesthésie, là je suis en logistique ça me gonfle mais faire de l'anesthésie, tu mets en salle,
34 tu t'occupes du patient, moi c'est ce que j'aime faire. Et le fil conducteur, tu verras, c'est le
35 patient. Tu auras des modifications de protocole, d'administration qui vont changer les règles,
36 changer tes horaires etc..., mais si tu gardes le fil conducteur : le patient, tu ne te plantes jamais.
37 Voilà pour moi, c'est vital. Tu ne tombes pas dans une routine, t'es toujours intéressé par ce que
38 tu fais, donc tu vas découvrir des petites choses dans les spécialités. Moi j'ai connu, par exemple,
39 de la neurochir avant sur Paris et je vois quand je fais de la neurochirurgie ici parce que ça nous
40 arrive d'y aller, mais j'ai été il y a 7 ans, l'évolution, c'est plus les protocoles et procédures... ce
41 qui était vrai en 2000 en neurochir, par exemple, n'est plus vrai en 2021-2023 et ça c'est
42 intéressant tu vois. C'est plus... c'est pas un changement de protocole dans le service, ça change
43 très peu en fait. Comme t'as en ortho, là les protocoles ont très peu changé, sauf si t'as des
44 nouveaux médecins anesthésistes, de nouvelles recommandations de la SFAR, c'est plus... dans
45 la longue durée, dans la longueur tu sens les changements.

46 EIA : Du coup, de ce que j'en comprends tous ces changements-là, pour toi, c'est plutôt
47 stimulant ? Et c'est ce que tu recherches aussi dans ta pratique.

48 IADE 8 : Très stimulant, et tu verras que non seulement de changer... pas forcément
49 d'établissement, tu peux être dans un établissement, changer de spécialité. Moi, j'ai fait le choix
50 pour des raisons familiales, de changer de région pour suivre ma femme qui est bretonne. Mais
51 tu verras aussi qu'il y a une autre notion qui est importante, c'est quand de temps en temps tu
52 pars sur des projets. Je pense que ça permet de ne pas avoir des IADE aigris en fin de carrière.
53 Moi, j'ai beaucoup travaillé sur la douleur post-opératoire à Paris, j'ai été initiateur de la feuille
54 d'ouverture de salle, à l'époque, c'est très vieux, ça n'existait pas. On s'est un peu appuyé la
55 *check-list* de l'aviation, elle vient de là. J'ai eu la chance de travailler sur l'activité opératoire
56 anesthésique, c'est à dire sur l'évolution des drogues, ce qu'on utilisait en salle... j'ai fait la
57 gestion de risque nosocomiale, un diplôme universitaire, j'étais formateur dans les écoles,
58 formateur dans les écoles d'IADE et d'IFSI. J'ai été poseur de *midline*. En fait, voilà, non
59 seulement t'as le travail qui va évoluer avec ta pratique mais il faut aussi s'intéresser de temps

60 en temps à des choses qui sortent du bloc opératoire. Et la recherche en fait... c'est de la
61 recherche un petit peu et faire avancer la profession.

62 EIA : Et quand tu pars sur des projets comme ça, comment tu y arrives ? Comment t'es guidé ?
63 Tu te reposes sur quoi pour construire finalement tes nouvelles compétences ?

64 IADE 8 : En fait tu es personnel ressource. Les cadres, ils voient les personnels ressources, ils
65 voient quel profil... notre histoire, notre vécu et de temps en temps, ils t'autorisent du temps
66 pour pouvoir le faire. J'avoue que c'est très chronophage et je mets de moins en moins de temps,
67 je me rentre un peu sur l'activité, parce que j'ai beaucoup trop...je suis trop sollicité... il faut
68 savoir dire non à certains projets. Moi je me suis un peu spécialiste, en hygiène parce que j'ai
69 un DU, si tu ne mets pas des limites, tu passes ta vie à l'hôpital et puis ça te bouffe aussi chez
70 toi. On ne te donne pas suffisamment de temps, donc moi maintenant, je pose des limites. Faire
71 des cours aussi, quand tu prépares des cours, tu te rends compte que tu perds du temps chez toi
72 et ce n'est pas quantifier tout ça. Donc maintenant, moi je pense que j'ai suffisamment
73 d'expérience pour dire non. Je ne cours après rien, ma carrière est derrière moi, j'ai eu
74 l'opportunité, plein de fois, on m'a demandé de faire l'école des cadres pour dynamiser les
75 équipes.

76 EIA : OK, tu as fait plein de choses hors du bloc. On va changer un petit peu de sujet, est-ce
77 que tu peux me définir selon toi ce que c'est que la qualité des soins ? Ta propre définition.

78 IADE 8 : La qualité des soins pour moi, c'est être optimal dans le soin pour le patient. Tu ne
79 veux pas lui nuire. Selon l'objectif des recommandations actuelles, parce qu'en fait, on a pu
80 faire des choses en anesthésie qui n'étaient pas forcément dans les clous avant, mais en suivant
81 les recommandations des sociétés savantes, ce qui est préconisé... en fait, ne pas être délétère
82 au patient et être dans la bienveillance. Et être dans l'anticipation.

83 EIA : D'accord et comment dans ton exercice, vraiment dans ton exercice de tous les jours,
84 auprès des patients, comment tu mets en œuvre cette qualité des soins ? Sur quoi es-tu attentif ?
85 Tes points essentiels ?

86 IADE 8 : Créer un lien avec le patient, personnaliser ton questionnement, je n'aime pas le
87 terme interrogatoire : « vous êtes à jeun ? prothèse dentaire ? », donc plus personnalisé, en
88 disant « bon j'ai vu dans le dossier que vous n'étiez pas allergique. » au lieu de « vous est

89 allergique ? », pour que le patient prenne conscience que t'as regardé son dossier avant et que
90 tu ne poses pas des questions comme un policier quoi, comme un interrogatoire. Créer un lien
91 avec le patient, généralement moi j'aime bien savoir ce qu'il fait dans la vie, s'il le veut. Là aussi
92 je trouve qu'il y a une dérive, ou actuellement avec l'hypnose et la communication thérapeutique
93 on impose trop de chose au patient. Ça c'est, s'il est demandeur, si tu vois quelqu'un mutique,
94 tu parles un petit peu, mais moins. Tu verras dans ton expérience, y a des gens qui imposent, et
95 qui sont en logorrhée par rapport au patient. Donc c'est ça, c'est de détecter un petit peu, ce que
96 veut le patient à ce moment-là, s'il est anxieux, s'il est à l'aise, s'il y a des questions. C'est ça
97 c'est plus personnaliser les choses, et tu verras dans ta carrière... au départ moi j'étais un IADE
98 robot un peu, très technique et très verrou et tu verras dans ton évolution... même si toi dans
99 ton début de carrière tu as besoin de ça pour te rassurer toi, le patient ce n'est pas ce qu'il
100 recherche. Avec l'expérience et ça, c'est fondamental l'expérience, tu acquies ce genre de
101 choses.

102 EIA : Donc en début de carrière quand t'es moins sûr de toi, t'as besoin d'être sécurisé, t'es
103 concentré plus sur ta technique, ta sécurité finalement, quitte à être moins adaptable envers le
104 patient et ses besoins. Tu fais des choses un peu carrées et après quand t'arrives un peu à
105 t'affranchir de ce stress personnel parce que normalement quand tu es diplômé, tu arrives à
106 mieux comprendre ce que le patient veut et ce dont il a besoin.

107 IADE 8 : Alors le stress c'est intéressant, avec tes études tu as plus ou moins de stress, mais t'as
108 quand même des référents. Après, tout repose sur toi, et en fait, c'est là où tu vas apprendre
109 vraiment ton métier, personne ne va te donner la sonde... En fait, le stress c'est moteur quand
110 même. Je pense au départ, tu es moins en phase avec le patient, parce que la sécurité c'est le
111 plus important. J'étais comme ça, hein j'ai eu la chance de travailler avec ma femme, qui est
112 infirmière de bloc, elle me disait quand on travaillait en salle justement, comment j'étais, je le
113 voyais pas forcément.

114 EIA : Est-ce que tu, enfin comment dire... je vais prendre un exemple que tu as donné, tu m'as
115 parlé de la neurochir, il y a... je sais plus... il y a 20 ans et maintenant ça n'a absolument plus
116 rien à voir et toi là-dedans tu dois trouver ta place et garantir la qualité des soins en fonction de
117 nouvelles recommandations. Voilà et concrètement, comment tu fais ?

118 IADE 8 : Tu t'adaptes !

119 EIA : Comment tu t'adaptes ?

120 IADE 8 : Par rapport au médecin anesthésiste avec qui tu es. Au départ... la stratégie reste sous
121 la responsabilité du médecin. Avant on n'avait pas le droit de faire des halogénés ou de la
122 kétamine sur un crane, maintenant ça a changé. Voilà après, les grandes lignes d'anesthésie
123 restent les mêmes, la sécurité reste la même en fait. Il y a des petits à côté, mais avec
124 l'expérience tu t'adaptes facilement.

125 EIA : Du coup, ton binôme avec le MAR est ressource pour toi en fonction des spécialités où
126 tu vas, si tu connais moins une intervention ?

127 IADE 8 : Au niveau de la profession des MAR, c'est différent dans un CHU que dans les
128 hôpitaux périphériques. On est en train de payer une démographie de médecin anesthésistes,
129 qui est ce qu'elle est, et qui diminue. Tu vas te retrouver toi dans ta carrière, sauf si tu travailles
130 dans, par exemple, un hôpital comme la Sagesse ou quand même tu as des titulaires en place.
131 La grande difficulté c'est quand tu te trouver dans un petit hôpital périphérique, pour des raisons
132 politiques, pour des raisons X ou Y, on ne ferme pas certains blocs et tu te retrouves avec des
133 intérimaires. C'est des médecins qui ne te connaissent pas, ne connaissent rien dans
134 l'organisation, rien absolument rien, donc en fait c'est toi qui vas être le personnel ressource.
135 C'est un peu dommage mais c'est une dérive que l'on a, c'est un nom sur une feuille
136 d'anesthésie, il est responsable, mais il y a beaucoup plus de poids sur tes épaules à toi et ça va
137 être comme ça, c'est une évolution. Je pensais que c'était une évolution qui n'allait pas atteindre
138 les CHU. Et c'est là où c'est le plus. Je vais utiliser le terme de casse g*****, dans le sens où là
139 c'est vraiment l'IADE, qui est pour moi la pierre angulaire. Il connaît le service, les protocoles,
140 mais ce qu'il faut savoir c'est toujours sa responsabilité, au médecin, attention à ne pas prendre
141 la responsabilité du MAR. Et ça, des jeunes IADE ont du mal, faut faire un effet *feedback*
142 reposer les questions : « c'est sûr tu veux qu'on fasse ça ? ». C'est beaucoup de communication,
143 c'est plus de communication qu'avec les titulaires quelque part.

144 EIA : Ok et donc toi tu as vraiment vu cette évolution au fil de ta carrière et pour autant au
145 niveau de la législation, on a un train de retard par rapport à ça ? Au niveau du référentiel IADE,
146 ce n'est pas encore pris en compte, cette fonction-là ?

147 IADE 8 : Il y a cette histoire de comment ça s'appelle... Ils veulent mettre en place les IPA. Il
148 y a quelque chose qui bouge au niveau infirmier, mais qui ne bouge pas au niveau des spécialités

149 en effet. Attention il faut... on a quand même un cadre législatif qui est encore clair, net, précis
150 pour l'instant. C'est plus l'interprétation de l'IADE qui peut le mettre en difficulté. Pour l'instant
151 la responsabilité est médicale et reste médicale. Le seul souci que tu peux avoir, c'est simple,
152 j'ai fait aussi un peu de législatif, c'est si tu sors du contexte et du cadre professionnel, là tu te
153 mets en danger. C'est-à-dire que c'est des fautes détachables du service, c'est exercice illégal de
154 la médecine, donc c'est là où il ne faut pas déborder pour l'IADE. Et puis on verra l'évolution
155 de la profession, moi je ne la verrais peut-être pas, mais toi oui. Ne pas endosser trop de
156 responsabilités pour ne pas, un : être attaqué au niveau juridique→ et deux : pour pas en
157 prendre, parce que c'est le plus important pour moi, en prendre plein la figure au niveau moral
158 et psychologie. On a du retard au niveau législatif par rapport à ça qu'il faudra rapidement
159 combler.

160 EIA : Est-ce que tu trouves que toutes ces stratégies ont évolué au fur et à mesure de ta carrière ?
161 T'as parlé beaucoup du relationnel avec ton patient, t'arrivais à plus personnaliser, est-ce que
162 même au sein de l'équipe tu te positionnes différemment ? Tu parlais du professionnel que t'étais
163 au début, assez robotique comment tu te qualifies maintenant ? Comment t'as évolué ?

164 IADE 8 : J'ai évolué dans le sens où j'ai pas mal d'expérience, je suis plus à l'écoute du patient
165 qu'avant. Par rapport aux collègues, quelquefois on me pose des questions, je suis un petit peu
166 personne ressource pour certains collègues, les jeunes. Voilà, le positionnement, on voit la
167 différence enfin avec ça aussi ... l'adaptabilité avec des anciens médecins et les jeunes. Ça
168 aussi, il faut passer un cap, c'est-à-dire, que tu vas être plus ancien peut-être en expérience que
169 des médecins anesthésistes, mais ça reste eux qui ont quand même la responsabilité de la
170 stratégie d'anesthésie et de beaucoup de choses, il faut s'adapter aussi par rapport à ça. Moi, ça
171 ne m'a jamais posé de problème. Je sais que certains IADE, ça leur pose problème, ou ça leur
172 a posé problème. Non c'est un positionnement professionnel qu'il faut toujours avoir, il doit être
173 clair dans ta tête. Et voilà, l'évolution c'est ça, l'adaptabilité. Il faut accepter aussi qu'un jeune
174 médecin anesthésiste ou même un jeune IADE aient plus de connaissances en théorie que toi.
175 C'est normal, ce serait dramatique à mon sens, c'est comme je dis souvent à nos étudiants en 2e
176 année, si l'étudiant en 2e année ne sait pas plus de choses que moi au niveau théorie, ce n'est
177 pas normal. Que je sache plus de choses en expérience par rapport à mon vécu oui, mais par
178 rapport aux recommandations des sociétés savantes, tu dois en savoir plus que moi et ça il faut
179 l'accepter, il faut aussi avoir une humilité par rapport à ça.

180 EIA : Une fois que t'as quitté l'école, t'as plus cet apport théorique. A l'école on te nourrit en
181 permanence...

182 IADE 8 : Tu as la formation continue.

183 EIA : Voilà comment au fil de ta carrière t'arrives à rester au courant de ce qui se fait, des
184 protocoles ?

185 IADE 8 : C'est plus les médecins anesthésistes et puis tu travailles avec des jeunes internes, qui
186 ont plus le devoir de se tenir à la page. Et toi tu leur demandes et puis il y a la formation continue.
187 Et puis je crois que c'est un devoir dans un article du décret infirmier, de se maintenir en
188 compétence.

189 EIA : Est-ce que tu serais à la recherche de plus de temps d'échange avec tes collègues ? Je sais
190 qu'il y en a beaucoup autour du café, de manière informelle, mais, des temps un peu plus
191 organisés ou bien des temps de simulation ? Ça fait partie de la formation continue.

192 IADE 8 : Oui et non parce que je pense que IADE, ça reste une profession individuelle. Les
193 temps qui sont des temps de détente, de café etc..., sont primordiaux mais pas forcément pour
194 parler professionnel. Si on tourne en rond, on va exploser. Ça peut être des staffs, qu'il manque
195 un petit peu, ils sont très médicalisés au CHU. Là où je travaillais avant, il y avait des staffs
196 entre MAR et IADE qui étaient obligatoires. C'était tous les lundis, il y avait une volonté des
197 chefs.

198 EIA : OK, écoute l'entretien arrive à sa fin, est-ce que tu veux rajouter quelque chose ?

199 IADE 8 : C'est un sujet primordial, l'adaptabilité de l'IADE par rapport à l'équipe, parce qu'on
200 ne fait pas que du bloc opératoire, on est polyvalent. On peut faire du SAMU, de l'urgence, on
201 est du personnel ressource au niveau de l'établissement quand il y a des situations de crise, on
202 est vachement utilisé, comme dans les réanimations éphémères COVID. Comme on a une
203 spécialité préhospitalière, d'urgence de la réanimation, un peu moins qu'une infirmière de
204 réanimation mais on est multifacettes donc forcément nous, on est plus amené à s'adapter à
205 différentes situations de part nos compétences et notre parcours infirmier qui nous amène à ça.

206 EIA : Merci beaucoup.