



École d'infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État  
Pôle de Formation des Professionnels de Santé  
CHU de Rennes



# LES LIMITES DE L'AUTONOMIE DE L'IADE

## La prise de décision au cœur de la stratégie d'anesthésie



**Manon BOUDARD**

**Directrice de mémoire : Mme Catherine FADIL TAISNE**

**Promotion 2021-2023**

**Soutenance le 28 juin 2023**





École d'infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État

Pôle de Formation des Professionnels de Santé

CHU de Rennes



# LES LIMITES DE L'AUTONOMIE DE L'IADE

## La prise de décision au cœur de la stratégie d'anesthésie



**Manon BOUDARD**

**Directrice de mémoire : Mme Catherine FADIL TAISNE**

**Promotion 2021-2023**

**Soutenance le 28 juin 2023**

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Catherine FADIL TAISNE, ma directrice de mémoire, pour sa patience, sa disponibilité et les précieux conseils qu'elle m'a apportés dans la réalisation de mon mémoire.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leurs enseignements et accompagnement tout au long de ces deux années de formation.

Je souhaite également remercier Sandra, la meilleure documentaliste de tous les temps. Merci pour le temps que tu m'as m'accordé, ton efficacité et ton aide précieuse pour deux années de plus.

Je remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de ce mémoire. Une mention spéciale à ma maman, Mimi et Magali qui ont rectifié un bon nombre de fautes de syntaxe.

Je tiens aussi à remercier ma famille et mes amis qui m'ont soutenue, accompagnée et supportée durant ces deux années. Une mention spéciale à ma sœur pour son soutien inconditionnel et à n'importe quelle heure.

Je souhaite remercier Solenn, Yvan ainsi que Xavier et Danielle qui m'ont toujours soutenu dans mon projet professionnel. Merci pour votre soutien à toute épreuve.

Je remercie ma chère et tendre marraine pour les heures passées au téléphone à me conseiller et à m'encourager dans mon travail. Toujours une petite phrase pour me remonter le moral.

Enfin, je remercie tous mes camarades de promotion pour leur présence dans les meilleurs et les pires moments. Ces deux années à vos côtés furent riches d'enseignements personnels. Merci pour tous ces beaux moments !

Ce dessin est l'illustration de ma situation de départ, fil conducteur de mes recherches. Il met en avant l'importance de la prise de décision de l'infirmier anesthésiste se trouvant parfois confronté à des situations complexes. Un réel dilemme auquel nous pouvons être confrontés dans notre pratique quotidienne. Ce dessin est composé de différents éléments, symboles de notions que nous allons aborder à travers ce mémoire.

*Manon BOUDARD*

## SOMMAIRE

<b>1. GLOSSAIRE .....</b>	<b>- 2 -</b>
<b>2. INTRODUCTION .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>3. CADRE CONTEXTUEL .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>3.1. Situation de départ.....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>3.2. La phase exploratoire pour construire l'objet de recherche .....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>3.3. Questionnement et hypothèses.....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>4. LE CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>4.1. Les compétences de l'infirmier anesthésiste.....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>4.2. L'autonomie de l'infirmier anesthésiste .....</b>	<b>- 18 -</b>
<b>4.3. La prise de décision.....</b>	<b>- 25 -</b>
<b>5. PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>6. ANALYSE DES RÉSULTATS.....</b>	<b>- 37 -</b>
<b>6.1. Le rôle de l'infirmier anesthésiste .....</b>	<b>- 37 -</b>
<b>6.2. Autonomie de l'infirmier anesthésiste .....</b>	<b>- 39 -</b>
<b>6.3. La prise de décision.....</b>	<b>- 54 -</b>
<b>7. DISCUSSION.....</b>	<b>- 61 -</b>
<b>7.1. Retour sur la méthodologie .....</b>	<b>- 61 -</b>
<b>7.2. Retour sur les hypothèses .....</b>	<b>- 62 -</b>
<b>7.3. Retour sur la question de recherche .....</b>	<b>- 67 -</b>
<b>8. CONCLUSION .....</b>	<b>- 69 -</b>
<b>9. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>- 71 -</b>
<b>10. ANNEXES .....</b>	<b>2</b>

## **1. GLOSSAIRE**

ASA: American Society of Anesthesiologists

CH: Centre Hospitalier

CSP : Code de la Santé Publique

DU : Diplôme Universitaire

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

SFRA : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

PFPS : Pôle de Formation des Professionnels de Santé

## 2. INTRODUCTION

Le mémoire a pour but de nous initier à une attitude réflexive en réalisant des recherches et en développant notre capacité d'analyse. Cette étape finale de notre formation d'infirmier anesthésiste, riche en enseignements théoriques et pratiques, permet de créer une identité professionnelle solide afin d'être prêt à exercer notre métier.

Ma formation et mes différents stages m'ont apporté énormément sur le plan personnel et professionnel. J'ai pris conscience de l'importance du rôle de l'infirmier anesthésiste dans la prise en charge chirurgicale des patients. Ce travail de recherche n'est donc pas pour moi la conclusion de ma formation, mais plutôt une introduction à ma vie professionnelle.

L'infirmier anesthésiste occupe un rôle primordial dans la conduite de l'anesthésie. Le développement de compétences est essentiel afin d'agir efficacement et de prendre des décisions adaptées. L'objectif de cette étude est de comprendre le processus d'autonomisation de l'infirmier anesthésiste, en examinant également les facteurs qui influencent cette autonomie, afin d'éviter tout dépassement de compétences.

Dans un premier temps, je vous présenterai mon questionnaire, en vous exposant une situation vécue lors de mon stage et qui a suscité mon intérêt. Ensuite, je vous proposerai une analyse exploratoire qui a permis d'approfondir ma réflexion. Dans mon cadre conceptuel, je détaillerai les notions clés qui sous-tendent ma problématique de recherche.

Dans un deuxième temps, je vous présenterai la méthodologie que j'ai suivie pour mener à bien mon étude qualitative, et je vous exposerai de manière transparente les résultats obtenus, ainsi que les interprétations en découlant.

Enfin, je terminerai ce travail en vous présentant les éléments essentiels qui émergent de cette analyse, et je vous exposerai de nouvelles perspectives de recherche.

### **3. CADRE CONTEXTUEL**

La priorité a été pour moi de trouver un sujet qui mettait en évidence la marge de progression professionnelle. Depuis le début de mes études, mon objectif est de m'améliorer, de progresser, de mûrir et d'acquérir de nouvelles compétences. Je souhaite apprendre davantage sur moi-même, prendre conscience de l'étudiante IADE que je suis et de la future IADE que je souhaite devenir. Bien que je ne sache pas où cette démarche réflexive va me mener, je suis déterminée à continuer mon cheminement.

Choisir une situation de départ a été difficile pour moi. Devoir choisir un sujet, alors que de nombreuses questions me préoccupent lors de mes prises en charge, n'a pas été évident. Comment faire un choix parmi tous ces sujets, aussi intéressants les uns que les autres ?

J'ai ainsi réfléchi à de nombreuses situations qui me posaient problème : la préparation du plateau d'induction, l'utilisation des vasopresseurs, mais aussi l'oxygénation optimale en peropératoire ou encore le remplissage vasculaire. J'ai regroupé l'ensemble de ces sujets à travers la notion du positionnement de l'IADE dans la stratégie d'anesthésie.

Afin de faciliter ma réflexion, j'ai choisi de développer une situation vécue lors de mon stage comme point de départ de mes recherches. Cette situation est particulièrement significative pour moi dans le contexte de l'anesthésie. Elle représente, en effet, un moment récurrent au cours duquel j'ai été confronté à des difficultés et qui soulève encore aujourd'hui des questions. Bien que cette situation puisse sembler banale au premier abord, elle s'avère en réalité beaucoup plus complexe.

#### **3.1. Situation de départ**

Au cours de ma formation, j'ai été confrontée à plusieurs reprises, à des hypotensions après l'induction. Ce sont des situations très fréquentes, voire quotidiennes. Lors de mes premiers stages, j'ai observé attentivement les pratiques des IADE en l'absence du médecin anesthésiste-réanimateur qui se trouvait dans une autre salle.

Certains IADE sortent l'éphédrine dès le premier signe d'hypotension, d'autres préfèrent temporiser.

Je découvre, au travers de la fonction d'IADE, un degré d'autonomie que je n'avais pas avant. Dans un premier temps, j'étais très surprise de leur capacité à prendre des décisions et de leur assurance lors des prises en charge. J'ai alors cherché à développer cette compétence afin d'être capable, moi aussi, de faire face à ces situations de manière autonome, d'en comprendre les causes et les attitudes thérapeutiques adaptées aux différentes situations.

Au début de ma formation, j'ai surtout proposé des ajustements en tant que stagiaire. Grâce à l'acquisition de connaissances lors de mes enseignements, ainsi que l'expertise acquise lors de mes stages, j'ai pu développer ma capacité de raisonnement. Ainsi, j'ai été amenée à prendre des décisions et à exprimer mon point de vue de manière de plus en plus autonome. Il m'est même arrivé de me retrouver seule avec l'IADE en charge du patient, cela impliquant que je prenne les bonnes décisions. Mais lesquelles ?

Cela fait référence à une situation lors d'un stage, où le MAR venait de sortir de la salle après l'induction et l'installation du patient. Celui-ci avait 63 ans, sans antécédent particulier et devait être opéré d'une néphrolithotomie percutanée. Le patient était hypotendu, malgré un remplissage vasculaire et la mise en place de la position de Trendelenburg. Celle-ci consiste à mettre la tête du patient plus basse que les pieds afin d'améliorer le retour veineux. Nous avons donc pris la décision, avec l'IADE, d'injecter de l'éphédrine. La mise en place de cette thérapeutique a été efficace sur une courte durée. Sa pression artérielle a de nouveau chuté. Nous avons fait 24 mg d'éphédrine, l'incision venait d'être réalisée mais la pression artérielle du patient restait basse. Nous avons donc fini la seringue d'éphédrine mais la situation est restée inchangée. Voyant l'absence de l'efficacité de la thérapeutique, je me suis retournée vers l'IADE et lui ai fait part de ma réflexion. Je lui ai proposé une thérapeutique différente qui me semblait adaptée au patient et à la situation que nous vivions. Elle m'a répondu qu'avant de réaliser cette stratégie, elle trouvait essentiel d'appeler le MAR, pour l'informer de la situation et avoir ses directives thérapeutiques. Je me suis alors questionnée. Serais-je allée trop loin dans ma prise de décision ? Les limites de mon autonomie ont-elles été dépassées dans cette situation ? Qu'aurais-je fait en tant qu'IADE ?

Je ne vais pas expliquer quelle était la molécule la plus adaptée dans cette situation, mais pourquoi nous avons fait ce choix. Quels éléments ont permis de privilégier cette option ? Quel a été notre rôle dans ces situations si fréquemment rencontrées ?

C'est à partir de cette réflexion que j'ai su que ma question porterait sur l'autonomie de l'IADE et plus précisément sa prise de décision dans la stratégie anesthésique.

En effet, l'IADE est un professionnel travaillant sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste, mais il se retrouve parfois seul, à la tête du patient, à devoir prendre des décisions dans un délai court.

A mes yeux, la relation entre l'IADE et le MAR revêt une importance cruciale. Il est primordial que cette relation soit fondée sur la confiance mutuelle, une connaissance précise des compétences et des limites de chacun, afin de garantir une collaboration efficace, une continuité des soins. Cependant, des questions persistent : jusqu'où puis-je aller ? Sur quelles notions se baser ? Faut-il s'en remettre à son expérience ? à son intuition ? à ses valeurs ? Comment puis-je prendre ces décisions ? Comment faire pour rester dans ses limites de compétences ?

L'autonomie est un vaste sujet, regroupant de nombreuses notions. J'ai d'abord commencé mes recherches en étudiant des livres, des articles, puis j'ai fait le choix de réaliser des entretiens exploratoires afin d'affiner mon questionnement.

### **3.2. La phase exploratoire pour construire l'objet de recherche**

L'entretien est un outil de recherche essentiel qui combine l'exploration, l'analyse et le questionnement pour atteindre divers objectifs. Il permet de clarifier les objectifs de l'étude, de définir les concepts et les hypothèses de recherche et d'identifier les questions pertinentes pour les enquêtes ultérieures ainsi que les groupes de personnes les plus appropriés à interroger.

Les entretiens exploratoires offrent une opportunité précieuse d'obtenir des informations riches et détaillées sur les pratiques et les opinions des personnes interrogées. Cette approche permet d'appréhender en profondeur les nuances et les complexités des sujets étudiés. Dans ce contexte, j'ai décidé de réaliser deux entretiens

semi-directifs afin d'approfondir certaines notions, de restreindre d'autres et de développer de nouvelles perspectives.

L'objectif principal de ces entretiens est de mettre en évidence les liens entre différentes notions et d'apporter de nouveaux éclairages sur les sujets de recherche. Tout en offrant aux interviewés la liberté de s'exprimer, je les ai guidés vers les sujets issus de la situation étudiée.

Les deux entretiens ont été menés auprès de deux infirmiers anesthésistes diplômés d'État ayant des expériences différentes. L'un des infirmiers a 20 ans d'expérience en tant qu'IADE, tandis que l'autre en possède 6. Ils exercent dans des structures différentes, l'un dans un établissement public et l'autre dans le privé.

Suite aux entretiens, j'ai pris soin de transcrire intégralement les échanges verbaux afin de ne pas omettre d'informations importantes. L'analyse du contenu des entretiens a été réalisée en classant les réponses par thèmes et sous-thèmes, ce qui m'a permis d'obtenir une compréhension approfondie et nuancée des expériences et des points de vue des deux infirmiers. Les mots clés qui sont ressortis de cette analyse ont orienté mes recherches et contribué à la construction de mon cadre conceptuel.

Les deux entretiens ont été menés de manière similaire, avec une première partie consacrée à la présentation des lieux d'exercice en tant qu'IDE et IADE, du nombre d'années d'expérience et de la fonction actuelle. La deuxième partie de l'entretien a été consacrée à l'échange d'expériences et d'opinions sur les notions abordées dans mon travail de recherche.

C'est ainsi que j'ai d'abord exploré les nouvelles compétences que l'infirmier anesthésiste développe au cours de sa formation. Les interviewés ont partagé plusieurs notions qui ont évolué entre leur métier d'infirmier diplômé d'État et celui d'infirmier anesthésiste diplômé d'État.

### 3.2.1. Une nouvelle identité professionnelle

Ils ont rapidement mis en évidence un nouveau positionnement. En effet, ce changement est exprimé par l'un d'eux comme un nouveau « *rôle dans l'équipe* », le qualifiant d' « *indépendant* » et de « *primordial* ». L'un des interviewés exprime par

ailleurs « *l'impression d'avoir changé de métier* ». Ils semblent tous deux avoir été marqués par cette nouvelle identité professionnelle, différente de leur ancien statut d'infirmier.

Ils expriment ensuite cette évolution par l'acquisition de nouvelles compétences telles que « *des connaissances supplémentaires* » ou encore « *des connaissances plus pointues* ». Ils ont également parlé d'une faculté d'« *anticipation* » plus accrue des évènements lors des prises en charge. Elle est expliquée par la capacité à « *penser à ce qu'il pourrait se passer* », mais aussi à une « *vision plus globale* » lors des prises en charge. Ils évoquent, par ailleurs la sensation, lorsqu'ils étaient infirmiers, de « *survoler les choses* ». Cette anticipation est associée au développement des connaissances, de l'analyse et de la réflexion. L'un des IADE affirme « *on sait plus de choses que lorsqu'on était infirmier* ». L'autre mentionne également que la formation lui a permis d'apprendre à aller « *au bout des choses* », de « *vraiment comprendre* » lors des prises en charge et d'être en capacité de « *cibler certains domaines* ».

De plus, l'un des interviewés met en avant la différence de représentation entre l'IDE et l'IADE. Il expose « *une individualité* » et « *une réelle attente* » des IADE en sein des équipes. Il exprime le rôle de l'IADE dans les prises en charge et le changement « *de l'image que les autres peuvent avoir de nous* ». Il en conclut que cela est dû aux responsabilités plus grandes et au développement de l'autonomie de l'IADE.

### 3.2.2. L'autonomie de l'IADE

Dès la première question, les IADE interviewés ont mis en évidence le développement de l'autonomie. Ils expliquent avoir « *plus d'autonomie dans les soins* » mais aussi une sensation de « *liberté d'action* ». L'un des IADE dit « *on attend de toi que tu sois autonome* » et que « *tu gères seul* ». Ils définissent l'autonomie comme « *la capacité, la possibilité, en accord avec le médecin* » d'agir. Ils expliquent que seul le « *médecin décide de la stratégie d'anesthésie* » mais que celle-ci peut être discutée avec les IADE. L'un d'entre eux affirme, le MAR est « *responsable de toi* ». Il souligne, par ailleurs, qu'« *il doit être informé lorsqu'il y a des difficultés* ».

L'un des IADE définit l'autonomie comme « *ce n'est pas faire n'importe quoi, ce n'est pas se prendre pour un cow-boy. Au contraire, l'autonomie, c'est avoir son cadre et le respecter* ». L'autre IADE signale également cette limite par « *on n'est que des paramédicaux* » et « *il ne faut pas jouer au médecin* ». Je me suis donc intéressée aux limites de l'autonomie de l'IADE.

### 3.2.3. Les limites de l'autonomie

L'IADE au bloc opératoire se retrouve dans des situations parfois complexes. Comme l'indique un des IADE interviewés, « *la situation peut vite déraiper* ». Il précise d'ailleurs qu'il est essentiel « *qu'on connaisse nos limites* ». Cela passe par « *savoir appeler à l'aide* » et « *connaître le rôle de chacun dans le bloc* ». En effet, il rajoute « *il faut se mettre des objectifs* », « *savoir prévenir le médecin à bon escient* » et « *l'alerter suffisamment tôt* ». Il propose par ailleurs de définir des limites et de ne pas hésiter à « *faire un point de situation* » avec le médecin.

Le deuxième IADE interrogé exprime également l'importance d'informer rapidement d'une nécessité d'aide. Il dit « *je n'appelle pas au dernier moment* », « *je préviens de ce qu'il se passe* ». Il précise « *c'est inacceptable que l'anesthésiste ne soit pas informé d'une difficulté* ». Il relève que l'objectif premier lors des prises en charge est « *que tout le monde soit en sécurité* ».

Ils rapportent tous les deux l'importance d'alerter l'équipe et tout particulièrement le médecin anesthésiste de toutes difficultés rencontrées ou complications imprévues. L'un des interviewés rajoute que l'infirmier anesthésiste est « *toujours sous la responsabilité de l'anesthésiste* ». Il affirme, c'est « *une autonomie supervisée* » et « *tu es autonome mais c'est lui [MAR] qui est responsable de mes actes* ».

L'un des interviewés met en avant des situations durant lesquelles « *le médecin est occupé* », « *nous obligeant à travailler en mode dégradé* ». Il précise « *tu prends les décisions toi-même* » mais « *je préviens de ce que je fais* » rapidement.

Enfin, l'un des IADE exprime l'évolution de son autonomie avec le temps. Il identifie ce changement en lien avec son expérience par « *je suis plus sûr de moi* » et « *c'est plus facile de prendre position* » avec l'expérience.

### 3.2.4. Une nouvelle approche relationnelle

La relation avec les médecins évolue également. Elle a été caractérisée par un « *travail en binôme [...] plus marqué* » et une relation exclusive avec le médecin anesthésiste. Ils l'exposent tous deux, par une sensation que « *chacun faisait son boulot de son côté* » lorsqu'ils étaient infirmiers. Ils rajoutent que cette relation a changé, la caractérisant de « *plus proche* ». Ils décrivent également cette relation par « *on se connaît* », « *on suit à deux nos malades* » et « *on se fait confiance* ».

Cette notion de confiance ressort à plusieurs reprises dans les interviews et semble être primordiale lors des prises en charge. Par ailleurs, l'un des interviewés rajoute que « *c'est plus facile de communiquer* » avec le médecin anesthésiste, « *plus facile de prendre position* ». L'autre interviewé exprime la sensation qu'il y avait une différence de relation avec les médecins à cause d'une différence de statut. En effet, lorsqu'il était infirmier, il avait la sensation que « *le médecin était un peu plus haut* », ou encore « *que chacun faisait son boulot de son côté* ». Les IADE interrogés trouvent, tous les deux, que la relation MAR/IADE a changé par rapport à la relation MAR/IDE.

### 3.2.5. Une disparité organisationnelle/structurelle

Lors de mon premier entretien, l'un des IADE a mis en avant que « *chaque structure a son organisation* ». Il exprime que l'organisation des structures est différente d'un établissement à un autre. Il rapporte que certains professionnels « *travaillent avec des protocoles* » et affirme que l'on retrouve « *des choses différentes* » dans les structures privées. C'est pourquoi j'ai trouvé intéressant d'interviewer également un IADE travaillant dans une clinique privée. Cette différence est également exprimée par l'IADE décrivant que « *dans le privé, c'est toi qui décides* », différemment du public, où « *il y a toujours quelqu'un autour* », où « *tu n'es jamais laissé seul* ». Il explique que la prise de décision et l'autonomie sont « *très importantes* » dans le secteur privé.

Au cours de ces entretiens, les deux infirmiers anesthésistes ont évoqué leur nouvelle identité professionnelle et les compétences nécessaires pour prendre des décisions au cœur de la stratégie d'anesthésie. Ils ont souligné que la formation leur avait permis d'acquérir de nouvelles connaissances, une capacité d'anticipation accrue et une

vision plus globale lors des prises en charge. Toutefois, ils ont également souligné la nécessité de connaître leurs limites et de savoir quand demander de l'aide pour assurer leur sécurité et celle des patients.

Ces entretiens exploratoires ainsi que mes recherches m'ont permis de formuler une problématique de recherche et ses hypothèses.

### **3.3. Questionnement et hypothèses**

L'ensemble de mes réflexions m'a permis de dégager la question de départ suivante : **En quoi le développement des compétences de l'infirmier anesthésiste est essentiel pour son autonomie et sa capacité à prendre des décisions au cœur de la stratégie d'anesthésie ?**

En me basant sur mes échanges avec des professionnels lors d'entretiens exploratoires ou informels, et sur mes observations durant les stages, j'ai formulé plusieurs hypothèses que je vais tenter de vérifier. Ces hypothèses sont les suivantes :

- L'infirmier anesthésiste est un professionnel autonome
- L'autonomie de l'IADE est variable d'une personne à une autre
- L'expérience de l'IADE lui permet d'être plus autonome et de développer sa capacité à prendre des décisions

Après avoir entrepris un travail de recherche approfondi impliquant l'analyse et l'interprétation de données pour répondre à ma problématique, je développerai, dans un premier temps, le cadre conceptuel abordant les compétences de l'IADE, puis le concept d'autonomie et de prise de décision. Dans un second temps, j'exposerai ma méthodologie de recherche, y compris l'analyse des entretiens que j'ai menés pour vérifier mes hypothèses. Enfin, dans une dernière partie, je conclurai en présentant mes résultats et en projetant mes réflexions sur ma pratique professionnelle future.

## 4. LE CADRE CONCEPTUEL

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État joue un rôle crucial dans la prise en charge des patients dans ses domaines de compétence. Pour mieux comprendre cette profession, il est essentiel de connaître le cadre légal qui l'encadre. C'est pourquoi, nous allons nous pencher sur quelques extraits du Code de la santé publique (CSP) qui définissent le champ d'exercice et les responsabilités de l'infirmier anesthésiste diplômé d'État.

### 4.1. Les compétences de l'infirmier anesthésiste

#### 4.1.1. Définition de l'IADE

Selon l'arrêté du 23 juillet 2012, l'infirmier anesthésiste diplômé d'État est défini comme un professionnel qui « *réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur. L'infirmier anesthésiste analyse et évalue les situations et intervient afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients en anesthésie-réanimation dans la période péri-interventionnelle. Ses activités concourent au diagnostic, au traitement, à la recherche. Il participe à la formation dans ces champs spécifiques* » (1).

#### 4.1.2. Cadre législatif

Son champ d'activité est défini par l'article R. 4311-12 du code de la santé publique. L'IADE est le « *seul habilité à :*

*1° Pratiquer les techniques suivantes :*

- a) Anesthésie générale ;*
- b) Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;*
- c) Réanimation per-opératoire ;*

*2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a,b et c du 1° » (1).*

L'infirmier anesthésiste travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en respectant un cadre réglementaire défini par son référentiel d'activité. Il exerce en étroite collaboration avec les médecins anesthésistes-réanimateurs, responsables de leurs actions.

La formation a pour objectif de former « *un infirmier responsable et autonome, particulièrement compétent dans le domaine de soins en anesthésie* » (1). Il doit être « *capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle, et de mener des interventions seul et en collaboration avec le médecin anesthésiste- réanimateur* » (1).

Par ailleurs, il « *développe sa capacité critique et de questionnement, conduit une réflexion dans le domaine de l'éthique, de la sécurité, de la qualité et de la responsabilité professionnelle et acquiert progressivement l'autonomie nécessaire à sa prise de fonction d'infirmier anesthésiste* » (1).

Le décret du 10 mars 2017 donne une clarification et un élargissement du champ d'exercice des IADE. Il est stipulé par le décret en question que « *L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé(e) d'État, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur* » (2). Avant toute intervention, le médecin doit examiner le patient, élaborer une stratégie d'anesthésie et être présent sur place en tout temps pour intervenir si nécessaire (2). Si le patient présente un déséquilibre physiologique pendant l'opération, l'IADE doit immédiatement avertir le médecin et mettre en place des mesures correctives et conservatoires en attendant l'arrivée du médecin.

L'introduction de l'expression « stratégie d'anesthésie » remplace le mot « protocole ». Ainsi, « *L'IADE "n'applique" plus des protocoles, mais pratique l'anesthésie de façon autonome encadrée (comme toute autonomie), dès lors que le patient a été évalué par le médecin anesthésiste réanimateur. Le MAR et l'IADE travaillent ensemble pour une même stratégie thérapeutique* » (3). Cette modification est une reconnaissance des compétences et de la pratique de l'IADE.

### 4.1.3. La stratégie d'anesthésie

Le décret du 10 mars 2017 ne donne pas de définition explicite de ce qu'est une « stratégie d'anesthésie ». Afin de mieux comprendre les raisons de cette modification, nous allons comparer les notions de protocole et de stratégie.

Selon Larousse médical, un protocole est un « *ensemble de recommandations écrites applicables au diagnostic et au traitement d'une pathologie donnée* » (4). Il s'agit, ainsi, d'un document comportant une procédure écrite, devant être appliquée à la lettre par le soignant. Il sera mis en place seulement si les critères d'inclusion au protocole sont présents.

La notion de protocole correspond donc à une prescription médicale anticipée et précise comportant la dénomination du médicament, la description de l'acte nécessaire, ou encore la méthodologie de réalisation (posologie, mode d'administration, ...), etc. Or, les notions de liste détaillée ou encore de chronologie d'actions ne sont pas appropriées à l'exercice de l'IADE. La variabilité des situations rencontrées est grande, rendant la protocolisation anesthésique difficile.

Contrairement au protocole, la stratégie est un « *art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but* » (5). La stratégie d'anesthésie doit comporter « *les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie* » (6). Cette nouvelle notion est moins restrictive et plus adaptée à la situation individuelle du patient. En d'autres termes, la notion de stratégie prend en compte les caractéristiques individuelles du patient afin de définir une approche personnalisée.

La stratégie d'anesthésie est élaborée par le médecin anesthésiste réanimateur, en accord avec le patient lors de la consultation pré anesthésique. Cette stratégie doit prendre en compte l'état de santé du patient, la nature, ainsi que la durée prévisible de l'intervention et les risques encourus. Elle peut être plus ou moins détaillée par le MAR et doit obligatoirement être consignée dans le dossier médical du patient afin de permettre à l'infirmier anesthésiste d'avoir les objectifs de prise en charge du patient.

En tant que professionnel de santé spécialisé dans l'anesthésie, l'IADE dispose d'une expertise spécifique pour déterminer la meilleure approche pour chaque patient en

fonction de ses caractéristiques individuelles. En reconnaissant l'importance de cette approche individualisée, le décret reconnaît également l'importance de l'expertise de l'IADE dans la prise en charge anesthésique.

Ainsi, la modification du décret du 10 mars 2017 valorise le rôle de l'IADE en tant que professionnel de santé compétent et impliqué dans la prise en charge des patients. L'infirmier anesthésiste doit développer une capacité d'analyse et de raisonnement afin d'évaluer et d'adapter la prise en charge du patient (paramètres ventilatoires, posologies médicamenteuses, remplissage, ...). On reconnaît aujourd'hui son autonomie supervisée.

L'infirmier anesthésiste peut proposer une stratégie d'anesthésie mais seul le médecin anesthésiste-réanimateur choisit et en prend la responsabilité. En effet, « *la réglementation en vigueur affirme que l'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste-réanimateur* » (7). Il doit ainsi valider et écrire la stratégie souhaitée pour le patient avant son intervention. L'IADE quant à lui implique sa responsabilité dans l'exécution de cette stratégie anesthésique.

Nous avons pu voir que la profession d'infirmier anesthésiste a vécu de nombreux changements. En 2012, la formation IADE a évolué en plaçant l'acquisition des compétences par les professionnels au centre de la formation. Le décret du 10 mars 2017 a clarifié le rôle spécifique de l'IADE au bloc opératoire. Il met en avant de nouvelles notions reconnaissant les compétences et la pratique de l'IADE. Ainsi, l'objectif premier de la formation est de former des professionnels autonomes et responsables, capables d'analyser les situations rencontrées et de prendre des décisions adaptées dans les limites de leur rôle.

#### 4.1.4. Définition de la compétence

Le terme compétence vient du mot latin « *competens : ce qui va avec, ce qui est adapté à* » (8). C'est une notion polysémique faisant l'objet de nombreux débats. En effet, ses définitions sont nombreuses et varient selon les disciplines et les contextes d'utilisation. Ardouin précise que c'est une notion peu conceptualisée employant même le terme de « *valise* » (9).

Les compétences sont essentielles dans divers domaines, en particulier dans le monde du travail, où elles sont souvent utilisées pour évaluer la capacité des individus à accomplir des tâches spécifiques et à atteindre les objectifs demandés. Les compétences sont également cruciales pour le développement personnel, l'apprentissage et l'épanouissement personnel.

Selon Ardouin et Lacaille, la compétence est « *la formalisation d'une dynamique complexe d'un ensemble structuré de savoir (savoir, savoir-faire, savoir-être, savoir agir, savoirs sociaux et culturels, savoir expérientiels) mobilisés de manière finalisée et opératoire dans un contexte particulier. La compétence est la résultante reconnue de l'interaction entre l'individu et l'environnement* » (9).

Guy Le Boterf, docteur d'État en sciences humaines et en sociologie, définit « être compétent » comme « *être capable d'agir et de réussir dans les diverses situations professionnelles qui peuvent se présenter dans un métier ou un emploi. Cela suppose que le professionnel concerné sache choisir et mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes et efficaces* » (10).

« *Le professionnel reconnu comme compétent, est celui qui sait construire des compétences pertinentes pour agir* » (8). Cela suppose d'avoir acquis des connaissances ainsi que des savoirs afin d'agir et réagir. Cependant, la compétence n'est pas qu'une mise en œuvre d'une méthode ou d'une action. Le professionnel compétent doit avoir une capacité d'analyse et de diagnostic, mais aussi la faculté d'interpréter des informations et de prendre des décisions. Il doit être en mesure de s'adapter à son environnement et de mobiliser ou combiner les ressources qui l'entourent, à bon escient.

Il faut différencier les ressources permettant de développer des compétences et les compétences elles-mêmes. En effet, la compétence intègre à la fois, le savoir, le savoir-être, les qualités, les expériences, mais aussi les moyens, les réseaux relationnels ou encore les réseaux informationnels, etc. C'est ainsi que Guy Le Boterf met en avant le « savoir combinatoire ». Il explique que « *chaque compétence est le produit d'une combinaison de ressources. C'est dans le savoir combiner que réside la richesse du professionnel et son autonomie* » (8). Il rajoute « *le professionnel ne peut pas tout savoir* » (8). Par conséquent, la capacité à mobiliser efficacement et de manière optimale ces

différentes ressources est essentielle pour atteindre un haut niveau de performance professionnelle et assurer la réussite dans son domaine d'activité.

#### 4.1.5. Compétence ou performance

Selon Thérèse Psiuk, la compétence « *se réalise essentiellement dans l'action et s'évalue par la performance* » (11).

La compétence et la performance sont deux concepts clés dans le monde professionnel. La compétence est la capacité à accomplir une tâche spécifique avec succès, tandis que la performance est le résultat de l'application de ces compétences.

Contrairement à la performance, la compétence n'est pas quelque chose qui se duplique ou se reproduit facilement. Elle n'est pas statique ou permanente et doit être actualisée régulièrement afin de rester compétent dans un domaine. Cela signifie que même si un IADE est compétent dans un domaine particulier, il doit continuellement actualiser ses compétences pour rester à jour et être performant dans son travail. Guy Le Boterf affirme que « *la compétence est de l'ordre de l'actualisation et non de la réalisation* » (8).

#### 4.1.6. Les compétences individuelles et collectives

« *La compétence n'est pas une affaire privée* » (8). En effet, la compétence peut être appréhendée d'un point de vue individuel comme collectif.

La compétence individuelle se construit grâce à l'utilisation de ressources personnelles telles que les connaissances théoriques et pratiques acquises. La compétence peut être considérée comme un attribut personnel qui peut être renforcé et amélioré par l'acquisition de nouvelles connaissances ou encore l'expérience.

« *La compétence collective est une résultante. Elle émerge à partir de la coopération et de la synergie existant entre les compétences individuelles. C'est une valeur ajoutée et non pas une somme* » (8). Le regroupement seul des compétences de chaque individu d'un groupe ne suffit pas pour parler de compétence collective. Cette

notion intègre le partage, la collaboration, les échanges et les liens entre les compétences individuelles.

Ces deux dimensions sont omniprésentes dans l'activité de l'infirmier anesthésiste. En effet, en tant qu'individu, l'infirmier anesthésiste doit posséder à la fois des compétences théoriques et techniques, afin d'être en capacité d'analyser, d'interpréter ou encore de prendre des décisions lors de ces prises en charge. Il doit être capable de s'adapter à son environnement et de mobiliser les ressources nécessaires pour agir de manière pertinente et efficace. De plus, il est également essentiel que l'IADE sache travailler en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe médicale, tels que les médecins anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens, les infirmiers de bloc opératoire, etc. En effet, la qualité des soins dépend de la capacité des professionnels de la santé à travailler efficacement ensemble pour assurer le bon déroulement de l'opération et la sécurité du patient.

Les compétences de l'IADE participent à la fondation de son autonomie professionnelle, dans la mesure où elles lui permettent de faire face aux situations qui peuvent se présenter dans l'exercice de ses fonctions. Il doit être capable d'agir de manière autonome et responsable en s'appuyant sur ses savoirs.

## **4.2. L'autonomie de l'infirmier anesthésiste**

L'autonomie est un thème majeur dans le métier d'infirmier anesthésiste. Elle est souvent assimilée à l'indépendance ou encore la liberté d'action. Nous allons nous intéresser à ce concept et aux notions qui le composent.

### **4.2.1. Définition de l'autonomie**

L'autonomie, racines grecques « auto- » qui signifie « soi-même », « *qui vient de soi* » et « Nomos » qui signifie « lois », « *règles établies par la société* » (12).

Selon le dictionnaire de l'Académie Française, être autonome signifie « *qui est capable d'agir sans dépendre d'autrui, de se décider par soi-même, qui jouit d'une certaine liberté d'action* » (13).

En philosophie, « Être autonome implique une relation interdépendante à autrui et suppose une parfaite connaissance de soi. L'autonomie peut se définir comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix, mais elle peut être également simplement physique » (12).

Selon Hoffmans-Gosset, l'autonomie est définie selon 3 axes :

- « La présence d'autrui, c'est-à-dire l'interdépendance ;
- La présence de la loi, l'autonomie de l'individu lui permet de prendre de la distance par rapport aux règles imposées, elle relie le respect de la loi et la liberté ;
- La conscience de soi, c'est-à-dire la responsabilité » (14).

Ainsi, les notions de liberté et d'indépendance ressortent lorsqu'on parle d'autonomie. Intéressons-nous à ces deux notions.

#### 4.2.2. Libre d'être autonome

« L'entité autonome doit pouvoir choisir et décider librement des règles qu'elle s'imposera par la suite. Cette liberté signifie que la personne autonome :

- A l'initiative du choix qu'elle peut faire ;
- Négocie ses choix avec l'extérieur si elle ne peut pas être seule à prendre la décision ;
- Et assume ses décisions, est responsable » (15).

« Une autonomie sans liberté est prescrite et devient contraire à son principe même. Beaucoup d'actes que nous croyons être le fruit de notre autonomie sont en fait la résultante d'une dépendance externe » (15). Dans ce cas, la décision prise n'est pas autonome car elle n'est pas prise à travers un choix, une volonté.

« La liberté est une valeur clé de la personne autonome. Elle la revendique, essaie de s'extraire de tout déterminisme, craint la normalisation des pratiques et se refuse à reproduire des comportements ou des actions qui ne lui semble pas nécessaire » (15).

L'autonomie est donc associée à la notion de liberté d'action ou encore de comportement. Les professionnels de santé, tels que les IADE, ont une autonomie

appartenant à un cadre bien déterminé, fondé par les textes réglementaires régissant la profession. Par ailleurs, des règles institutionnelles se rajoutent à ce cadre. Il est donc essentiel de le connaître. Il doit être respecté, afin de maintenir l'équilibre entre l'autonomie et la responsabilité.

*« La recherche de l'autonomie conduit à la fois à rechercher plus de liberté et à se détacher des liens de dépendance qui freinent l'autonomisation. Nous sommes bien en présence d'un véritable processus de libération de l'entité qui la conduit à acquérir plus d'autonomie »* (15). Pour cela, il est nécessaire de comprendre le processus qui permet de libérer et de responsabiliser la personne. Nous allons ainsi nous intéresser à la notion d'indépendance.

#### 4.2.3. Autonomie ou indépendance

L'autonomie et l'indépendance sont des notions souvent confondues. L'indépendance est la *« capacité à vivre sans l'aide d'autrui dans la vie quotidienne »* (13). Ainsi, l'indépendance est liée à la capacité de réaliser des activités de manière autonome. En revanche, l'autonomie induit la notion de décision, de choix, indépendamment de l'influence ou du contrôle d'autrui.

Lorsque nous parlons de dépendance, cela signifie que la personne a besoin de l'aide ou de l'influence des autres pour accomplir certaines tâches ou prendre des décisions. Cette dépendance peut être physique, émotionnelle, financière ou liée à toute forme d'aide ou d'influence.

Afin que la personne soit autonome et soit libérée de ses dépendances, il est nécessaire tout d'abord de les identifier. *« En effet, tant que l'entité n'a pas conscience de ses dépendances, elle ne peut pas s'en libérer et être responsable de ses décisions. Dans le cas contraire, elle dépendra d'une autre personne pour lui dicter ses choix et agir sur elle »* (15).

Il est important de noter que même une personne considérée comme étant totalement autonome est toujours en relation avec les autres dont elle dépend, d'une certaine manière. En effet, nous sommes tous interdépendants les uns des autres, que ce soit pour nos besoins physiologiques, nos interactions sociales ou nos activités

économiques. Même si une personne est capable de réaliser des tâches de manière autonome, elle a souvent besoin d'aide, de soutien et de ressources provenant de son environnement pour réussir. Par conséquent, l'autonomie ne signifie pas être totalement indépendant de son environnement, mais plutôt être capable de prendre des décisions éclairées en fonction de ses propres besoins et valeurs, tout en étant conscient de sa dépendance envers les autres.

#### 4.2.1. La conscientisation

Selon Desfontaine, « *La conscientisation est un travail capital pour que la personne réalise ce qui se passe en elle et autour d'elle. Plus elle sera consciente, plus elle pourra travailler sur cette réalité qu'elle a acceptée. Plus elle sera consciente, plus elle pourra assumer la situation dans laquelle elle se trouve. La conscience est la première marche de l'édifice de l'autonomie. Sans conscience, la personne ne peut agir par elle-même* » (15).

La personne autonome « *choisit en toute conscience ses règles en fonction de qui elle est, de ce qu'elle veut faire et des contraintes qui pèsent sur elle* » (15). Cette capacité à choisir des lois lui permet de se structurer, de construire son identité et de réévaluer régulièrement ses objectifs et ses choix en fonction de son expérience.

En apprenant à mieux se connaître, l'individu autonome prend conscience de ses propres blocages et schémas comportementaux, ce qui lui permet de mieux choisir ce qui est bon pour lui. Par ailleurs, il doit également être capable de s'intégrer facilement dans un collectif tel qu'une équipe professionnelle. Il doit comprendre les règles et valeurs du groupe, collaborer avec les autres membres, prendre des responsabilités et rendre compte de ses actions.

#### 4.2.2. Plus que l'indépendance, l'interdépendance

Lorsque Hoffmans-Gosset définit l'autonomie, il emploie le terme d'interdépendance. Je me suis donc intéressée à cette notion appartenant au cycle de l'autonomie décrite par Stéphanie Desfontaines et Stéphane Montier.

« Le cycle de la dépendance affirme que les entités qui cherchent à sortir de l'état de dépendance passe par quatre « phases » successives :

- La dépendance (dépendre de/oppression) ;
- La contre-dépendance (s'opposer à/révolution) ;
- L'indépendance (ne plus dépendre de/séparation) ;
- Et l'interdépendance (interagir avec/libération) » (15).

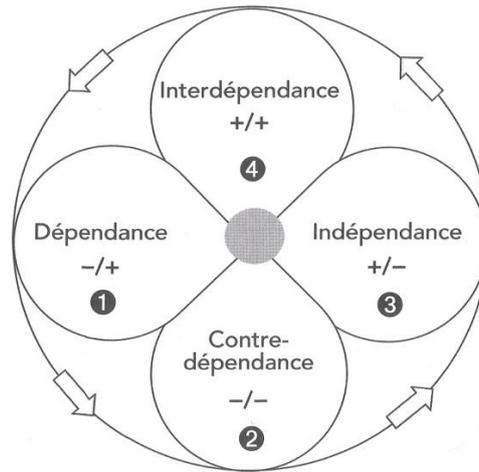


Figure 6. Le cycle de l'autonomie.

(15)

Ces quatre « étapes » représentent le parcours par lequel passe l'entité pour construire son autonomie. Pour mieux comprendre nous allons les décrire.

- La dépendance : « Dans la relation de dépendance, l'entité est soumise à une autre entité dans une relation de type dominant/dominé. Il y a une forme d'identification de l'entité à une autre, sur tout ou partie de ses fonctions, de ses compétences, de ses croyances, etc » (15). L'entité rencontre souvent, cette phase souvent lors de changements de situation ou de nouveautés. Ainsi, toutes ces transformations fragilisent les équilibres de la personne. Cela peut se traduire de différente façon : le repli sur soi et un manque de confiance de soi ou encore la recherche d'appui externe, pour obtenir des informations et valider ses décisions. Cette phase se compose d'observation, de maturation et d'écoute.
- La contre-dépendance : « Cette phase s'apparente à la révolution, au rejet de l'autre de la dépendance et s'inscrit dans un processus de séparation. En

*réalité, l'entité en contre-dépendance considère l'autre comme un obstacle pour exprimer sa singularité. Elle a alors besoin de se confronter à lui pour revendiquer ses choix* » (15). En effet, après la phase de dépendance, l'entité souhaite désormais se démarquer, mettre en avant son opposition.

- L'indépendance : *« cette phrase est consacrée à l'exploration des valeurs des alternatives, la prise de conscience de ses racines culturelles et de son unicité, et à la définition de sa différence avec les autres »* (15) explique N K Symor. *« L'indépendance caractérise une personne compétente, en capacité réelle de se déterminer et d'affirmer ainsi ses convictions, ses orientations, etc »* (15). La personne a donc développé suffisamment d'expérience pour être en capacité de résoudre les difficultés rencontrées. Elle a développé des compétences afin d'atteindre ses objectifs et elle a conscience de la personne qu'elle est (ses atouts, valeurs, capacités). *« L'indépendance développe une autosuffisance qui permet à l'entité de subvenir elle-même à ses besoins »* (15). Cependant, le risque est que la personne s'isole et ne soit donc plus en capacité de développer de nouveaux savoirs.
- L'interdépendance : *« la phase d'interdépendance est atteinte lorsque l'entité indépendante s'est ouverte à son environnement et a tissé des liens avec lui. Elle est en capacité d'agir et de penser avec d'autres sur des sujets communs ou non. Elle s'est décentrée suffisamment d'elle-même pour être en relation réelle et sincère avec l'autre sans pour autant perdre sa propre identité »* (15). Le risque de cette phase est que la relation se transforme en dépendance. En effet en cas de niveaux de compétences différents entre deux personnes, cela peut entraîner une certaine inégalité. *« Dans la phase d'interdépendance, la personne ressent souvent une forte estime de soi et porte à l'autre une estime également forte »* (15).

On peut donc dire que *« L'autonomie ne se résume pas à l'indépendance »* (15). Le processus d'autonomisation d'une entité seule, en équipe ou au sein d'une organisation se compose donc d'une capacité à se fixer des objectifs à atteindre, à définir une stratégie adaptée et à mobiliser les ressources nécessaires pour y arriver. La personne peut ainsi

être confrontée à des ressources aidantes et complémentaires, mais aussi parfois fragilisantes et négatives qu'elle devra identifier. Pour atteindre ses objectifs de manière autonome, l'entité doit être en mesure d'exploiter les ressources disponibles et de les organiser efficacement, sans en être tributaire. Elle devra ensuite évaluer ses résultats, apprendre de ses erreurs et apporter les corrections nécessaires pour s'améliorer.

#### 4.2.3. La construction de l'autonomie

L'autonomie s'acquiert avec le temps. « *L'autonomie ne se construit pas mécaniquement sur la base de recettes magiques qui marchent à tous les coups* » (15). Le processus d'autonomisation débute durant la formation et se poursuit tout au long de la carrière professionnelle. Nous pouvons même dire que nous ne sommes jamais vraiment autonomes. En effet, l'IADE, comme tout professionnel, doit constamment réajuster ses connaissances, son savoir-faire ou encore son savoir-être.

Par ailleurs, « *l'autonomie n'est pas un état que l'on pourrait atteindre une fois pour toute. Nous ne sommes jamais complètement autonomes* » (15). Effectivement, l'autonomie totale n'est jamais acquise. C'est une notion dynamique qui implique un processus continu de développement et de croissance personnelle. Elle dépend de nombreux facteurs comme l'expérience, les influences sociales, les relations interpersonnelles, etc.

L'autonomie ne signifie pas travailler seul, mais plutôt être capable de travailler en équipe, en étant conscient de sa propre responsabilité dans la prise en charge du patient et en collaborant avec d'autres professionnels de santé pour atteindre des objectifs communs. C'est un processus continu de développement personnel et social, qui implique à la fois l'individu et son environnement.

L'IADE doit connaître les limites de son autonomie et être capable de prendre des décisions éclairées en fonction de la situation, sans dépendre des autres personnes pour lui dicter ses choix, mais également s'adapter aux circonstances changeantes qui l'entourent.

### 4.3. La prise de décision

« On reconnaît notamment une entité autonome à sa capacité de décision » (15). Nous connaissons tous ces moments où nous n'arrivons pas à prendre une décision et à sortir de ces allers-retours continuels entre une position et une autre.

Certaines personnes agissent sans prendre de décision. Elles ne sont dans ce cas pas autonomes, car elles ne décident ni de leurs actions, ni de leurs relations. Elles agissent par obligation, ou encore par réflexe. Nous allons ainsi nous intéresser au processus décisionnel.

#### 4.3.1. Décider ou choisir

Jean-Yves de la Caffinière définit l'action de décider par « *c'est couper, c'est affronter un défi réel ou potentiel, mettre tout en œuvre—compris le temps nécessaire pour y parvenir—afin d'aboutir à la solution la plus satisfaisante possible à condition que cette décision ne relève pas d'une attitude compulsive face à des souhaits ou des désirs* » (16).

Décider est souvent associé au verbe choisir, mais nous allons voir que ce n'est pas tout à fait la même chose. En effet, « *choisir, c'est élire, c'est adopter parmi d'autres options celle bien définie qui correspond le mieux à nos inclinaisons* »(16). Le choix est une action qui se règle rapidement et qui est motivée par une préférence. Alors que « décider » nécessite du temps et de la réflexion afin de trancher.

Cependant, nous pouvons choisir de décider ou encore décider de choisir. Nous allons explorer de manière plus approfondie ces deux notions en nous appuyant sur l'analyse de Paul Ricoeur :

- « *Décider, c'est le fait d'être conduit à trancher au terme d'un débat* ». Il rajoute, « *une décision comporte donc une étape préalable d'énonciation, puis une fois tous les paramètres identifiés, un temps d'action* » (16).
- « *Dans le choix, l'énonciation n'est pas utile, puisque les options qui se présentent sont des objets « clé en main » tous prêts à être sélectionnés* » (16).

Il argumente que le choix et la décision se différencient par leurs conséquences. En effet, « *le choix est motivé par une préférence ne requérant qu'un minimum de*

*réflexion* » (16). Alors que la décision met en jeu des conséquences qui ont « *une incidence décisive sur l'avenir du décideur* » (16). Elle est également associée à des déterminants tels que la volonté, l'intelligence, mais aussi l'inconscience et les émotions.

Jean-Yves de la Caffinière décrit quatre éléments dématérialisés de la prise de décision :

- La pensée rationnelle, c'est une « *délibération, consciente entre soi et soi-même ou en groupe* » (16). L'objectif est de développer une argumentation en prenant en compte le plus d'informations possibles. Le décideur va alors opposer toutes les options possibles et faire une sélection selon leur pertinence. Ainsi, il est important pour le décideur de tirer une leçon de chacune de ses décisions, afin d'affiner sa réflexion avec le temps.
- La volonté agit « *comme agent de pertinence et de contrôle* » (16). En effet, l'auteur suggère que la volonté ne précède pas nécessairement l'action, mais qu'elle est plutôt déclenchée par la conscience d'agir. En effet, des tests neurologiques ont montré que le cerveau préparait l'action avant même que le sujet ne le veuille, ce qui remet en question le rôle de la volonté dans le processus de prise de décision et d'action. Il rajoute « *la phase consciente passe donc par un mécanisme mental complexe où la volonté n'appartiendrait que secondairement dans la décision de l'action* » (16).
- L'inconscient cognitif a été mis en avant par de nombreux philosophes. Ils le décrivent par différents termes tels qu'un échappement à la conscience, un état de confusion, un fameux instinct ou encore un stockage d'informations mémorisées permettant de prendre des décisions sans trop y réfléchir. « *Il a même été démontré que les décisions prises sans réflexion étaient parfois meilleures que celles prises avec délibération consciente* » (16). Cette prise de décision par inconscience est rapide mais cela n'est pas toujours suffisant.
- L'émotion, « *est le paramètre le plus sensible au sens propre et au sens figuré du terme* » (16). Elle permet de discerner le bon et le mauvais, d'orienter, aiguiller et

ajuster les décisions. Comme dit Damásio, « *c'est le bureau des normes et des mesures* » (16). L'émotion conduit au choix et non la raison. De plus, nous retrouvons l'émotion dans nos états d'âme du moment. Les émotions influencent nos choix, positivement ou négativement. Nous pouvons faire référence au « verre à moitié plein ou à moitié vide ». Elles nous aident à prendre des décisions mais notons qu'un trop-plein émotionnel, comme une forte anxiété, une colère intense ou encore une tristesse profonde, peut perturber notre capacité à prendre des décisions rationnelles et éclairées et donc conduire à l'échec.

#### 4.3.2. La prise de décision médicale

L'anesthésie est un domaine de la médecine qui nécessite une prise de décision rapide et précise, souvent dans un contexte de prise en charge dynamique et complexe. En tant qu'acteur clé de la prise en charge anesthésique, l'infirmier anesthésiste est chargé de prendre des décisions cruciales pour la sécurité et le bien-être du patient.

Selon Jean-Philippe Rennard, professeur à Grenoble École de Management, économiste et informaticien, « *la décision est universelle. Elle peut être plus ou moins mécanique et automatique, ou à l'inverse réfléchie, mais, quoi qu'il en soit, aucune n'est aussi difficile, subtile, et délicate que la décision médicale, tout simplement parce qu'elle est si profondément humaine* » (14).

La prise de décision médicale implique souvent des considérations éthiques et humaines qui ne sont pas présentes dans d'autres domaines nécessitant un processus décisionnel. La décision médicale est ainsi particulièrement complexe et sensible. Les soignants doivent prendre en compte la volonté et les valeurs du patient, tout en s'appuyant sur leur expertise pour parvenir à une décision éclairée.

En effet, la prise de décision médicale est basée sur les connaissances scientifiques et médicales disponibles. Or, comme le souligne Jean-Yves de la Caffinière, « *Ce qui est une évidence aujourd'hui dans le domaine de la science tel un fait admis et universellement reconnu peut se voir réfuté plus tard* » (14). Effectivement, la science évolue en permanence, rendant la prise de décision médicale encore plus difficile. Les professionnels de santé doivent constamment s'adapter aux évolutions, aux nouvelles

pratiques et aux recommandations afin de mettre leurs connaissances et compétences à jour.

#### 4.3.3. Le raisonnement clinique

Le raisonnement est essentiel dans la prise de décision. Il permet de collecter et d'analyser les informations nécessaires pour formuler des décisions éclairées. Que ce soit pour des décisions personnelles ou professionnelles, le raisonnement est un processus intellectuel qui permet d'organiser des idées de manière logique. Jean-Yves de la Caffinière le définit comme « *un cadre, une construction de la pensée* » (16).

Le raisonnement clinique est une forme particulière de raisonnement qui est utilisée dans les domaines de la médecine, de la psychologie et d'autres professions de la santé. Higgs et Joes le décrivent ainsi, c'est un « *processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé* » (9).

#### 4.3.1. Entre intuition et réflexion

Le raisonnement clinique est un processus complexe qui peut être compris et interprété de différentes manières en fonction du contexte. David Naudin décrit le raisonnement clinique de l'IADE par un double processus :

- Non analytique : appelé également raisonnement de type 1, ce processus est rapide, spontané et ne nécessite pas d'effort intellectuel. David Naudin le décrit ainsi, il « *renvoie à une construction antérieure consciente ou inconsciente, et qui repose sur un maillage de la pratique, du vécu, de l'expérientiel et de la théorie* » (17). En effet, l'IADE va développer une capacité d'alternance entre une théorie solide indispensable et l'expérience clinique qu'il va développer, s'enrichissant toutes deux mutuellement. Ce raisonnement, souvent qualifié d'automatique ou encore d'intuitif, est mis en œuvre dans la majeure partie de nos décisions. Selon Alden M.Hayashi, « *nos intuitions nous guideraient jusqu'à ce que notre esprit conscient prenne le relais et soit capable de faire les bons choix* » (18).

Cependant, la prise de décision par intuition ne prend pas la distance requise. En effet, selon Thérèse Psiuk, « *dans le raisonnement clinique, l'intuition doit être respectée, mais elle ne peut pas conduire à une conclusion clinique* » (11). C'est pourquoi, il est essentiel d'avoir un regard critique sur ses ressentis et de tenter de les vérifier par un processus rationnel.

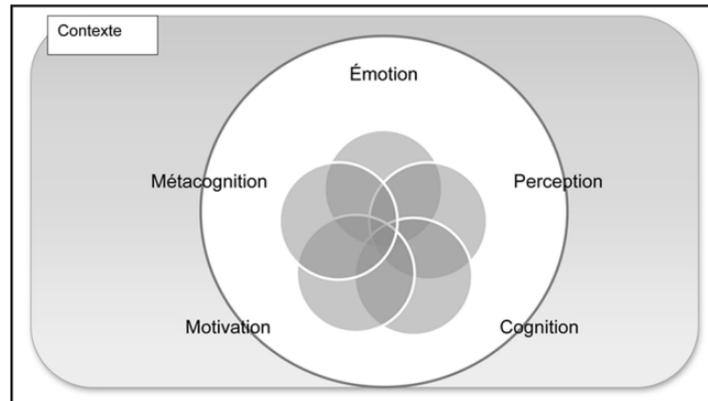
- Analytique : appelé par ailleurs raisonnement de type 2, ce processus est « *beaucoup plus exigeant sur le plan cognitif et impacte directement la mémoire de travail* » (17). Elle nécessite une activité mentale impliquant l'acquisition, la mémorisation, la transformation et l'utilisation de connaissances. Noel-Jean Mazen affirme que « *l'approche rationnelle reste primordiale dès que les problèmes revêtent une quelconque complexité* » (18). En effet, prendre des décisions sans analyse ni raisonnement analytique peut être dangereux et conduire à des erreurs. Dans le domaine de la santé, les décisions prises sont difficiles, subtiles parfois mêmes délicates par les conséquences lourdes pouvant en découler, c'est pourquoi les professionnels de santé procèdent à une analyse rationnelle.

L'activité de l'IADE au bloc opératoire ou en situation d'urgence nécessite souvent des décisions rapides. Ces décisions sont souvent conservatrices, car la plupart des interventions impliquent les fonctions vitales du patient et ne peuvent attendre. Cela explique pourquoi le processus décisionnel rapide et non-analytique prédomine dans ce contexte.

Les principes qui sous-tendent la prise de décision de l'IADE incluent des compétences à la fois analytique et non analytique. Cependant, elles ne peuvent pas à elles seules expliquer les décisions prises quotidiennement par les IADE. La plupart des études portant sur la prise de décision, soulignent également l'importance d'autres facteurs comme les émotions, la perception, la motivation et la métacognition.

### 4.3.1. Les composants de la prise de décision

Figure 2 ● Cinq composantes essentielles dans la prise de décision.



« Les émotions et les sentiments jouent un rôle essentiel dans les prises de décisions » (17). Les émotions positives renforcent le processus de décision, tandis que les émotions négatives peuvent conduire à des choix inadaptés, entraînant un risque pour le patient. « Les émotions sont déclenchées par la signification des événements pour la personne, c'est-à-dire à partir de l'évaluation qu'elle fait des événements » (11). En effet, elles peuvent être réactivées à tout moment. Les émotions du passé ont un impact sur les choix actuels. Catherine Mercadier affirme d'ailleurs que « la mémoire des émotions est intemporelle » (19). Elles ont un rôle considérable dans nos vies et lors de nos relations interpersonnelles. Elle « entravent la rationalité, mais font partie, on ne peut le réfuter, de la personnalité » (18).

Le stress est la résultante de certaines émotions. C'est un élément fréquent dans l'activité de l'IADE, car les prises de décision sont souvent réalisées dans des contextes d'incertitude, pouvant causer de la peur. Le stress est lié à la performance. Bien que le stress puisse être utile et nécessaire, s'il est poussé à l'extrême, il peut avoir un effet inhibiteur sur les performances (Annexe 1).

« La perception est un facteur déterminant dans la prise de décision » (17), car elle implique la reconnaissance de formes et de prototypes en utilisant des connaissances préalables pour interpréter les stimuli captés par les sens. La cognition et la perception interagissent constamment pour stocker, comparer, analyser et recoder l'information en vue d'une mémorisation. Un grand nombre de stimuli peut conduire à des confusions et

une surcharge d'informations. L'IADE doit alors faire une sélection en mobilisant son attention et en se concentrant pour éviter les informations parasites et les erreurs de focalisation. De plus, le cerveau a tendance à produire des informations supplémentaires qui viennent compléter les informations perçues. Ces capacités d'inférence sont utiles pour comprendre, contrôler et prédire l'environnement et éviter les problèmes.

La motivation est la force qui nous pousse à agir ou à maintenir un comportement dans le temps. Elle joue un rôle important dans nos décisions et nos choix d'objectifs, ainsi que dans notre capacité à modifier nos comportements ou à y mettre fin. « *La motivation est une composante complexe qui doit être entendue comme la capacité à allouer des ressources cognitives* » (17). Elle peut être consciente et stratégique, et nous permet de prioriser certaines activités plutôt que d'autres. La motivation est étroitement liée aux composantes de la cognition, des émotions et de la métacognition.

Leclercq et Poumay définissent la métacognition comme « *l'ensemble des jugements, des analyses ou des régulations qu'elles soient conscientes ou inconscientes. Ces processus sont alors appliqués par l'apprenant à deux types d'objets qui sont ses processus cognitifs personnels (un jugement sur ses propres capacités, ses manières d'apprendre) et ses propres produits cognitifs (le résultat des décisions). Ces auteurs montrent que ces processus régulateurs interviennent à trois moments (avant, pendant ou après la performance ou pré-per-post-performance)* » (17).

La métacognition est un phénomène courant qui joue un rôle central dans la prise de décision. Elle permet de réfléchir sur sa façon d'apprendre et d'agir, de prédire la faisabilité d'une action, de planifier et d'organiser ses connaissances et ses apprentissages, en adaptant sa méthodologie et ses stratégies, et d'évaluer l'efficacité afin de modifier notre approche et de s'améliorer. La métacognition ne concerne pas seulement les processus de pensée et d'apprentissage, mais elle peut également aider à réguler les émotions et la motivation.

## **EN CONCLUSION**

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients, notamment en anesthésie, réanimation, médecine d'urgence et gestion

de la douleur. Son travail implique d'agir de manière autonome et en collaboration étroite avec le médecin anesthésiste.

La notion de stratégie d'anesthésie reconnaît les compétences spécifiques de l'IADE, tout en soulevant des questions sur les limites de son champ d'action. Il est primordial pour l'IADE d'être conscient de ses limites afin de ne pas outrepasser son autonomie.

L'autonomie de l'IADE n'est pas acquise du jour au lendemain, mais résulte d'un processus comportant plusieurs étapes essentielles. Il est important de noter que l'autonomie va au-delà de l'indépendance et implique également la capacité de reconnaître les dépendances et de collaborer avec d'autres professionnels de santé.

La prise de décision est un élément essentiel de l'autonomie de l'IADE. Dans le domaine de l'anesthésie, les décisions doivent souvent être prises rapidement et de manière appropriée aux situations urgentes. Ainsi, l'IADE doit développer un raisonnement adapté à chaque situation afin de prendre des décisions éclairées et efficaces.

## 5. PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de poursuivre mes investigations sur la question de recherche « En quoi le développement des compétences de l'infirmier anesthésiste est essentiel quant à son autonomie et sa capacité à prendre des décisions au cœur de la stratégie d'anesthésie ? », j'ai décidé d'entreprendre une enquête qualitative auprès de plusieurs infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat.

Cette méthode a été choisie pour plusieurs raisons : premièrement, elle permet de recueillir des informations riches et nuancées en échangeant avec les participants. De plus, elle permet de conduire des développements parallèles pour corriger ou nuancer les hypothèses construites suite à mes recherches, en les confrontant à la réalité du terrain.

### 5.1.1. Choix de l'outil

Pour mener à bien cette enquête qualitative, j'ai choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs. Cette méthode permet de recueillir en profondeur les opinions, les représentations, les perceptions et les expériences de l'interviewé, en explorant un processus social et humain pour en extraire le sens. Grâce à cette approche qualitative, j'ai pu explorer les ressentis, les points de vue et les réflexions des IADE concernant des situations complexes, leur niveau d'autonomie et leur capacité à prendre des décisions. Ces éléments sont souvent difficiles à obtenir avec une méthode quantitative qui ne permet pas une telle immersion dans la vie professionnelle des IADE

Contrairement à l'entretien ouvert, où l'interviewé est libre de s'exprimer, l'entretien semi-directif est structuré par une grille d'entretien (annexe II) qui permet de recentrer la discussion sur les objectifs de l'étude, à chaque fois que l'interviewé s'en écarte. Pendant ces échanges, j'ai veillé à instaurer une relation de confiance avec les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, pour favoriser leur ouverture et leur sincérité.

### 5.1.2. Choix et description de la population étudiée

Mon choix s'est porté sur des infirmiers anesthésistes diplômés d'État, car ils sont directement confrontés à ma problématique et aux notions développées précédemment.

Pour approfondir ma recherche, j'ai effectué des entretiens semi-directifs auprès de huit IADE, répartis de manière équilibrée entre les centres hospitaliers publics et les cliniques privées, entre les femmes et les hommes. Leurs expériences professionnelles sont variées.

Les caractéristiques de chaque infirmier anesthésiste interrogé sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Sexe	Age	Expérience IDE	Expérience IADE	Lieu d'exercice actuel
<b>IADE 1</b>	Homme	47 ans	4 ans	20 ans	CH périphérique, bloc polyvalent
<b>IADE 2</b>	Femme	39 ans	4 ans	10 ans	Clinique privée, bloc polyvalent
<b>IADE 3</b>	Homme	48 ans	8 ans	15 ans	Clinique privée, bloc polyvalent et intérim
<b>IADE 4</b>	Femme	39 ans	3 ans	11 ans	Clinique privée, bloc polyvalent et intérim
<b>IADE 5</b>	Femme	59 ans	10 ans	29 ans	Clinique privée, bloc polyvalent
<b>IADE 6</b>	Homme	37 ans	8 ans	4 ans	CH périphérique, bloc polyvalent
<b>IADE 7</b>	Homme	36 ans	4 ans	7 ans	CH périphérique, bloc polyvalent et intérim
<b>IADE 8</b>	Femme	58 ans	3 ans	31 ans	CH périphérique, bloc polyvalent et intérim

Ce choix de population étudiée s'explique par la spécificité de leur rôle dans la prise en charge des patients lors d'une anesthésie et par la nécessité de comprendre leur perception, leur expérience et leur pratique professionnelle. Conduire huit entretiens m'a permis d'obtenir plusieurs avis et des contenus riches à analyser, tout en respectant les contraintes de temps.

Pour mener à bien cette étude, j'ai obtenu une autorisation auprès des directions des établissements et des cadres de santé pour pouvoir m'entretenir avec les IADE. Les

professionnels ont ensuite été libres de pouvoir s'inscrire via une feuille affichée dans leur établissement. J'ai ensuite contacté les IADE inscrits par mail ou par téléphone afin de convenir d'un temps d'échange. Cinq infirmiers ont répondu favorablement à ma demande dès la première sollicitation. Lors de la réalisation de certains entretiens sur le lieu de travail, d'autres IADE se sont naturellement positionnés, me permettant de mener à bien cette étude en respectant mes objectifs.

### 5.1.3. Lieu et temps des entretiens

Les entretiens semi-directifs réalisés auprès des IADE ont été menés du 24 mars au 7 avril 2023. Pour favoriser une expression ouverte et sincère, j'ai veillé à adapter les horaires et les lieux d'entretien en fonction de la disponibilité et des préférences de chaque participant. Certains ont souhaité réaliser l'entretien en dehors de leur temps de travail, tandis que d'autres ont préféré que cela se déroule sur leur lieu de travail, à des moments variés.

L'ensemble des entretiens s'est déroulé en présentiel. Ils ont été conduits dans un cadre respectueux des participants et de leur environnement professionnel. Le choix du lieu où s'est déroulé l'entretien a été déterminé à l'avance, de façon à ce que nous ne soyons ni entendus, ni interrompus par d'autres personnes.

Les interviews ont duré entre 18 et 43 minutes, avec un temps moyen de 31 minutes et 30 secondes.

### 5.1.4. Méthode de traitement des données

Une présentation succincte de nos parcours respectifs a été effectuée afin d'établir un premier contact rassurant et créer une atmosphère propice aux échanges. Afin de préserver la spontanéité et éviter d'influencer les propos des participants, le thème de mon mémoire n'a pas été dévoilé au début de l'entretien.

Les échanges ont été enregistrés, avec l'accord des participants, en vue d'une retranscription et d'une analyse rigoureuse ultérieures. Les participants ont été informés qu'ils pouvaient interrompre l'enregistrement à tout moment. J'ai également pris soin de respecter l'anonymat des participants et de ne pas divulguer d'informations les concernant,

conformément aux règles éthiques en vigueur dans les recherches impliquant des êtres humains.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits mot pour mot (annexes III à X), afin de respecter au mieux les propos des interviewés et limiter les risques d'interprétation. Les citations des différents professionnels ont été triées par couleur correspondant à chaque IADE, puis classées dans une grille d'analyse par thème et sous thème pour faciliter leur lecture. Les données produites par les entretiens peuvent être retrouvées grâce à l'identification de l'entretien et du numéro de ligne. Par exemple, l'entretien réalisé avec l'IADE 1 sera désigné par E1, suivi du numéro de ligne.

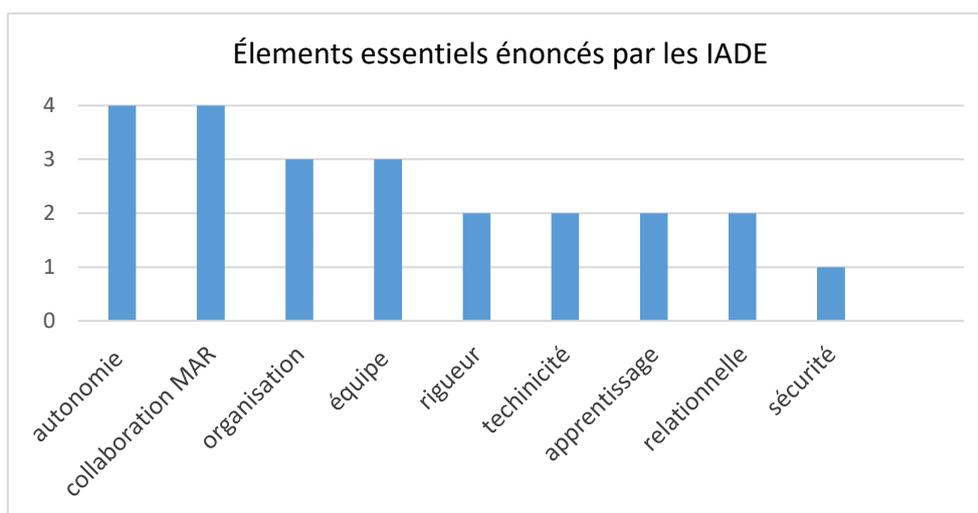
Une analyse descriptive a été effectuée pour identifier les notions prédominantes qui seront liées à mon cadre conceptuel et nourries par les recherches effectuées. Par ailleurs, nous tenterons de vérifier les hypothèses initialement émises.

## 6. ANALYSE DES RÉSULTATS

### 6.1. Le rôle de l'infirmier anesthésiste

#### 6.1.1. Compétences essentielles

Les entretiens menés auprès des IADE ont permis de recueillir leur perception de leur pratique quotidienne, ainsi que les éléments essentiels et les aspects qu'ils apprécient dans leur métier. Les réponses des participants ont montré une certaine variabilité, mais plusieurs notions ont été fréquemment citées, comme l'« *autonomie* », la « *collaboration avec le médecin anesthésiste* », la « *technicité* », l'« *organisation* » et l'« *équipe* ». Par ailleurs, certains IADE ont souligné l'importance de certaines priorités dans leur pratique, telles que le bien-être du patient et la sécurité.



Les entretiens menés auprès des IADE ont révélé leur attachement à un ensemble de compétences, qu'elles soient techniques ou non techniques, individuelles ou collectives.

#### 6.1.2. Le rôle de l'IADE dans la stratégie d'anesthésie

Les entretiens réalisés ont mis en avant le rôle crucial de l'infirmier anesthésiste dans la stratégie d'anesthésie. Il a été qualifié de « *médiaireur essentiel entre le patient et l'anesthésiste* » (E4, L11), de « *collaborateur du médecin anesthésiste* » (E3, L17) ou

encore de « *garant de la sécurité* » (E6, L17) du patient. En effet, l'infirmier anesthésiste « *a une place particulière, essentielle* » (E4, L18). Contrairement à ce que certains peuvent penser, l'infirmier anesthésiste « *n'est pas qu'un simple exécutant* » (E3, L16). Il « *applique la prescription du médecin, mais ça va au-delà* » (E3, L13-14) et « *il est aussi là pour en discuter* » (E3, L18-19). En effet, l'infirmier anesthésiste « *adapte l'anesthésie durant l'intervention* » (E3, L27) et peut être « *force de proposition* » (E6, L19).

Plusieurs participants ont souligné l'importance des échanges entre l'IADE et le MAR dans l'élaboration de la stratégie d'anesthésie. L'infirmier anesthésiste a « *sa place dans la discussion de la stratégie d'anesthésie* » (E3, L27-28), c'est un « *échange avec les médecins* » (E8, L15) où il peut « *leur apporter des éléments supplémentaires* » (E1, L18-19). Toutefois, comme l'a souligné l'IADE 1, « *je ne pense pas qu'avec la pratique que j'ai, que je peux décider à la place du médecin. Ça reste une discussion* » (E1, L23-24)

En résumé, l'infirmier anesthésiste joue un rôle essentiel dans la stratégie d'anesthésie, en étroite collaboration avec le médecin anesthésiste. Bien que ce soit le MAR qui établit et valide la stratégie d'anesthésie, l'IADE a la responsabilité de sa mise en œuvre. Les échanges et la discussion entre les deux professionnels sont primordiaux pour élaborer une stratégie d'anesthésie adaptée et optimale.

### *Une proximité avec les patients*

Les réponses des IADE mettent en avant la proximité de l'infirmier anesthésiste avec le patient, ainsi que sa présence constante en salle pendant l'intervention. Selon eux, l'infirmier anesthésiste est celui qui est « *le plus proche du patient* » (E4, L15) et est présent auprès de celui-ci « *du début, à la fin* » (E4, L16). Contrairement au médecin anesthésiste qui peut être amené à s'occuper de plusieurs patients en même temps, l'infirmier anesthésiste reste en salle en permanence auprès de son patient. Comme l'ont souligné les IADE, « *Le médecin anesthésiste est là lors de moments importants comme l'induction, mais ensuite il n'est pas forcément en salle* » (E3, L23 à 25), il « *a d'autres tâches à effectuer, d'autres patients à endormir* » (E6, L42-43).

En tant que professionnel de santé très proche du patient durant sa prise en charge, l'infirmier anesthésiste peut se retrouver seul en salle à la tête du patient. Comme l'a expliqué un des interviewés, il « *connaît très bien le malade qu'il prend en charge, il connaît bien son dossier. Il connaît bien la manière dont s'est passé l'anesthésie car il est en salle tout le temps, du début à la fin* » (E1, L90 à 92). C'est pourquoi il doit être capable de travailler de manière autonome afin de garantir la sécurité du patient.

## 6.2. Autonomie de l'infirmier anesthésiste

Les réactions des infirmiers anesthésistes interrogés face à la question de l'autonomie ont été variées. En effet, certains ont eu des hésitations et des temps de silence avant de répondre à cette question. L'IADE 4 exprime son embarras face à cette question : « *C'est hyper compliqué* » (E4, L30).

### 6.2.1. Définition de l'autonomie de l'IADE

Les IADE interrogés expriment unanimement que l'infirmier anesthésiste est « *un acteur de santé autonome* » (E3, L46). Les réponses varient, mais convergent toutes dans le même sens : « *On a une autonomie, ça c'est sûr* » (IADE 7, L41-42) : « *je pense que l'autonomie, elle est très importante* » (E3, L50), « *nous sommes autonomes* » (E2, L48), ou encore « *on m'a formée à être autonome* » (E8, L47).

Les entretiens menés ont révélé que l'autonomie est une compétence fondamentale chez les infirmiers anesthésistes. Tous les interviewés ont affirmé la posséder, certains la considérant comme essentielle dans leur pratique quotidienne.

#### *IADE, un professionnel libre*

L'IADE 2 évoque « *une toute autre autonomie* » (E2, L47) faisant référence à celle qu'elle avait en tant qu'infirmière diplômée d'État. Elle la décrit comme « *une liberté de pouvoir faire des choses, mais de manière sécurisée* » (E2, L52). De même, l'IADE 7 exprime que son autonomie varie en fonction des MAR avec lesquels il travaille, parfois ne lui laissant « *aucune liberté* » (E7, L18).

La notion d'autonomie est souvent associée à celle de liberté, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel. Pour les personnes autonomes, il est essentiel de pouvoir faire des choix librement. En tant que professionnel autonome, l'infirmier anesthésiste dispose d'une certaine liberté, mais est également soumis à un cadre réglementaire.

« Être libre est un "état de celui, de ce qui n'est pas soumis à une ou des contrainte(s) externe(s) » (20). L'autonomie, quant à elle, se concentre sur la capacité à prendre des décisions de manière indépendante des autres, impliquant une recherche de liberté mais aussi de détachement des liens de dépendance.

### *Une reconnaissance*

Les IADE interrogés ont proposé différentes interprétations de la notion d'autonomie. Pour l'IADE 1, l'autonomie est liée à la reconnaissance de la profession d'infirmier anesthésiste, comme en témoignent ses propos : « *l'autonomie, [...] c'est déjà que notre profession soit reconnue* » (E1, L58-59). Toutefois, il n'a pas exprimé son point de vue sur le niveau de reconnaissance de la profession. De même, l'IADE 8 a cité le texte régissant la profession, puis a ajouté que « *c'est ce qui est reconnu et accepté* » (E8, L53) pour souligner l'importance de la reconnaissance de leur pratique professionnelle. Ces deux IADE semblent considérer l'autonomie de l'IADE comme une reconnaissance de leur pratique professionnelle.

De son côté, l'IADE 3 a qualifié l'infirmier anesthésiste de professionnel autonome car selon lui, il « *fait perdurer la stratégie d'anesthésie* » (E3, L44-45). Toutefois, il a également souligné que l'autonomie « *est très importante mais pas forcément reconnue* » (E3, L50-51).

En somme, les IADE interrogés considèrent l'autonomie comme un aspect fondamental de leur profession symbolisant la reconnaissance de leur métier. Cependant, leur appréciation du niveau de reconnaissance de cette autonomie semble varier d'une personne à une autre.

### *Autonomie dans l'action*

Lors des entretiens avec les IADE, plusieurs exemples d'actions ont été évoqués pour illustrer l'autonomie de l'infirmier anesthésiste : « *on prépare les choses* », (E5, L36), « *on allège, on approfondit, on réinjecte les produits* » (E6, L44-45) ou encore « *on augmente nos gaz* » (E7, L49). Selon l'IADE 5, l'infirmier anesthésiste peut être autonome sur « *le réchauffage, sur l'installation, sur les perfusions,* » (E5, L42-43) mais aussi concernant « *l'analgésie* » (E5, L43). Toutefois, comme le souligne l'IADE 6, l'autonomie de l'IADE ne se limite pas à la réalisation des tâches techniques. En effet, l'IADE doit également être en mesure de « *gérer les effets secondaires et les incidents* » (E6, L56-57) pouvant en découler. Pour cela, il « *s'adapte sans arrêt* » (E6, L47-48), « *il décide de la conduite d'anesthésie* » (E5, L45) et « *réagit lorsque ça commence à mal se passer* » (E3, L47-48).

Les exemples d'actions cités par les IADE illustrent la capacité de l'infirmier anesthésiste à agir de manière indépendante dans l'organisation et la réalisation des soins. Certains d'entre eux résument l'autonomie de l'IADE à la « *gestion d'anesthésie* » (E6, L47) et à la capacité à « *appréhender l'anesthésie* » (E5, L35-36). Cependant, l'analyse des entretiens met en évidence que l'autonomie de l'IADE ne se limite pas à ces aspects techniques, mais se caractérise également par une capacité à définir des objectifs, mobiliser ses compétences et s'organiser pour mener à bien ses actions. Pour l'IADE 3, l'objectif principal est de faire « *perdurer la stratégie d'anesthésie* » (E3, L44-45) afin de garantir la sécurité et le confort des patients tout au long du processus chirurgical.

### *Autonomie collaborative*

Les entretiens ont mis en avant la notion de travail d'équipe. Plusieurs professionnels issus de disciplines différentes collaborent avec un objectif commun. L'IADE 2 souligne que « *le travail en équipe* » (E2, L81) est une notion au cœur des prises en charge anesthésiques. Selon elle, l'autonomie, « *C'est être autonome en équipe. Pour moi, c'est pas être toute seule derrière mon champ. On est seul sans être seul* » (E2, L81-82). Elle développe en disant que « *L'autonomie, c'est bosser en équipe complète* » (E2, L87) et que « *C'est un travail d'équipe entre la partie anesthésie, et la partie chirurgie* » (E2, L86). Elle rajoute « *tu es autonome lorsque tu sais travailler seul* » et

« *travailler avec les autres* » (E2, L87-88). Elle conclut en rappelant à deux reprises que l'autonomie ne signifie « *pas la solitude* » (E2, L89). L'IADE 6 exprime également cela ainsi : « *c'est pas une histoire de frontière, on est là pour travailler ensemble* » (E6, L144). Cependant, l'IADE 4 nuance la notion d'autonomie en équipe, en déclarant qu'il ne faut « *pas oublier qu'on est pas complètement autonome* » (E4, L34-35). Il rajoute « *On ne sera jamais complètement autonome, parce qu'on est avec un médecin anesthésiste* » (E4, L35-36). En effet, l'IADE souligne ici l'incapacité d'être entièrement autonome, en rappelant qu'il n'est pas le seul impliqué dans la prise en charge des patients.

L'IADE 3 met en avant « *un véritable travail de collaboration* » (E3, L40-41). Il exprime les compétences du médecin anesthésiste en disant : « *ce que j'estime ne pas avoir par rapport au médecin anesthésiste, c'est une vision vraiment globale du patient* » (E3, L57-58) et souligne les compétences de l'IADE en disant « *On est avant tout quelqu'un qui apporte de l'expertise, de la technicité* » (E3, L76).

Les IADE considèrent qu'un travail de collaboration interdisciplinaire avec le médecin anesthésiste et les autres professionnels de santé est essentiel pour garantir une prise en charge globale et adaptée aux besoins du patient. Ils soulignent également que l'autonomie ne signifie pas être indépendant de son environnement, mais plutôt d'avoir conscience de nos dépendances. Ils mettent en avant les notions de travail en équipe et d'autonomie collaborative pour assurer une prise en charge efficace des patients au bloc opératoire, en soulignant que la collaboration interdisciplinaire, la complémentarité des compétences et l'interdépendance sont des éléments clés pour atteindre cet objectif.

### *La responsabilité*

D'après l'un des interviewés, l'autonomie de l'infirmier anesthésiste consiste à « *réussir à faire ton travail, comme tu l'entends, avec ton expérience, en n'oubliant pas que tu travailles sous la responsabilité du médecin anesthésiste* » (E4, L37-38). Pour plusieurs IADE, la responsabilité est liée à l'autonomie. En effet, comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, la personne autonome est responsable de ses décisions. Par ailleurs, deux IADE soulignent l'importance de l'engagement de la « *responsabilité du médecin* » (E6, L75). L'IADE 3 exprime que « *la responsabilité du MAR est quand même entièrement engagée dans toute anesthésie qui se fait* » (E3, L69-70).

La responsabilité est un élément essentiel lié à l'autonomie. En effet, l'autonomie ne peut véritablement exister sans la responsabilité qui en découle. Elle est définie comme « *l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes, du fait du rôle et des charges qu'elle doit assumer, et d'en supporter toutes les conséquences* » (21). L'anesthésie est un acte médical nécessitant l'écriture et la validation de la stratégie par un MAR, qui en assume alors la responsabilité. L'IADE, quant à lui, est chargé de mettre en œuvre cette stratégie et engage donc sa propre responsabilité dans son exécution. Pour qu'une personne puisse être autonome dans son rôle, elle doit donc également être prête à assumer la responsabilité en découlant.

### *Plaisir d'être autonome*

Trois des IADE interrogés ont exprimé leur plaisir d'être autonomes dans leur pratique. L'IADE 4 indique que « *c'est très agréable d'être autonome* » (E4, L33). L'IADE 6 affirme que c'est « *vraiment ce côté-là que j'aime bien* » (E 6, L45) ou il exprime, « *c'est ça qui m'éclate* » (E6, L14). L'IADE 7 a partagé une expérience vécue au bloc opératoire, en disant que « *c'était très plaisant* » (E7, L76) ou encore « *C'était agréable car j'étais tout seul dans ma salle ce jour-là, j'induisais tout seul. On est responsable des doses* » (E7, L74-75). Par contre, il a exprimé le sentiment d'être parfois relégué au rôle de « *simple exécutant* » (E7, L24) et dit trouver cela « *dur à vivre* » (E7, L24).

L'un des interviewés souhaite de devenir de plus en plus autonome au fur et à mesure de son expérience, affirmant que « *Plus les années passent et plus l'expérience est là, et plus on a envie d'être autonome* » (E1, L10-11). L'IADE 4 souligne également qu'être autonome, ce n'est « *pas essentiel, mais presque pour sentir que tu évolues* » (E4, L33-34).

Une grande partie des IADE interrogés semble donc apprécier l'autonomie dans leur pratique quotidienne, ce qui peut se manifester par un sentiment de fierté et de satisfaction. Selon certaines études, « *l'autonomie est l'un des trois besoins essentiels de l'homme avec le besoin de compétence et le besoin d'appartenance sociale* » (15). Il semble également que les souhaits d'autonomie puissent varier en fonction de l'expérience.

## 6.2.2. Construction de l'autonomie

### *La formation*

Trois IADE interviewés ont souligné que la formation des infirmiers anesthésistes est axée sur le développement de leur autonomie professionnelle. L'IADE 3 a déclaré « *de par sa formation, ses acquis et ses expériences, [IADE] est quelqu'un qui peut être parfaitement autonome, en tout cas, pour gérer une anesthésie* » (E3, L53 à 55). L'IADE 8 a confirmé cet avis en précisant « *on m'a formée à être autonome* » (E8, L47). L'IADE 6 partage également cette vision et affirme « *On peut gérer des problèmes seuls parce qu'on est formé pour ça* » (E6, L63-64).

Les IADE interrogés soulignent que le développement de l'autonomie ne se fait pas de manière instantanée, comme je l'ai développé dans le cadre conceptuel. Les IADE évoquent l'importance de la formation initiale, socle de leur autonomie. En effet, la formation est considérée comme une « *base de données* » (E6, L33) ou encore comparée à des « *tiroirs de solutions dans la tête* » (E6, L93). Deux des IADE ont qualifié la formation de « *complète* » (E1, L42 et E3, L30). L'IADE 3 a souligné l'importance de celle-ci en affirmant « *Je trouve que la formation est importante et nécessaire. Je pense qu'on est bien formé. Je pense que ce n'est pas une formation qui doit être revue au rabais. Ces deux ans de formation sont nécessaires* » (E3, L30 à 32).

Pour les IADE interrogés, la formation initiale est par conséquent une étape cruciale pour développer l'autonomie dans leur pratique. Elle leur permet de disposer d'un ensemble de compétences et de connaissances pour gérer des situations complexes et prendre des décisions en toute autonomie.

Les IADE soulignent, par ailleurs, l'importance de « *continuer à se documenter, et [...] à se renseigner* » (E5, L24) mais aussi de rechercher « *les bonnes pratiques* » et « *de se mettre au courant, au goût du jour* » (E6, L96-97). L'IADE 5 exprime son désir « *de pouvoir faire plus de formations* » (E5, L28) et l'IADE 4 partage le « *besoin de formation pour me remettre à niveau* » (E4, L24) au fil du temps, car elle se rend compte que cela lui manque lorsqu'elle n'en a pas.

Les IADE mettent en avant la nécessité de la formation continue afin de maintenir leur autonomie professionnelle. Comme nous avons pu le voir, l'autonomie ne s'acquière pas grâce à une recette magique. C'est un processus long, débutant lors de la formation initiale et se poursuivant tout au long de la carrière professionnelle. La formation continue est un pilier essentiel de cette autonomie.

### *Autonomie évolutive*

Une des IADE interviewées explique que l'autonomie se développe avec l'expérience : avec « *les années d'expérience, tu n'appelles pas au même moment, tu n'appelles pas pour les mêmes choses* » (E2, L54-55). Elle ajoute « *avec le temps, tu gagnes de l'expérience et donc de l'autonomie. Ton expérience te permet d'être plus autonome* » (E2, L73-74), ce qui est confirmé par d'autres IADE qui affirment que : « *plus tu avances dans ton métier, plus tu vas te sentir autonome* » (E4, L39-40) ou encore « *J'arrive quand même à mieux gérer les incidents seuls qu'au début* » (E6, L85).

Plusieurs IADE soulignent également le manque d'expérience lors de leur début dans la profession. L'IADE 4 explique que « *lorsqu'on sort de l'école, on n'a pas d'expérience* » (E4, L22). Elle développe, « *Les premières années, c'est l'expérience sur le terrain qui nous manque et après, c'est surtout les formations* » (E4, L24-25). L'IADE 8 exprime la possibilité d'avoir le « *besoin d'être accompagné et que on ne se sent pas d'être seul* » (E8, L75-76) lors de la sortie de l'école. Par ailleurs, l'IADE 2 souligne que « *même avec l'expérience, j'appelle encore aujourd'hui* » (E2, L62-63).

Nous pouvons donc voir que plusieurs IADE précisent que le processus d'autonomisation est évolutif selon l'expérience. Ils ont la sensation d'être plus autonomes que lors de leur début dans la profession. L'expérience semble donc un élément clé de l'autonomie. Cependant, celle-ci n'est pas définitive, d'où l'importance de continuer à se former.

Les IADE interviewés ont souligné l'importance d'une expérience variée pour enrichir leur pratique professionnelle. Selon l'IADE 1, « *évoluer dans plusieurs sites, dans plusieurs domaines, ça enrichit sur le plan professionnel et sur le plan de l'expérience* » (E1, L44-45), cela permet d'acquérir un savoir « *complémentaire* » (E1, L46). L'IADE 2 a, quant à elle, mis en avant le caractère formateur des expériences,

qu'elles soient « *les bonnes et les mauvaises* » (E2, L28) permettant de réadapter les pratiques. Selon elle, l'expérience permet d'être « *plus à l'aise, [...] plus apaisée* » (E2, L74-75). Elle exprime que le « *regard s'élargit* » (E2, L75) et cela permet de « *faire plus de choses en même temps* » (E2, L75) et d'être « *plus efficace* » (E2, L76). Pour l'IADE 3, ses compétences « *se sont perfectionnées avec le temps* » (E3, L34-35).

Selon six des IADE interviewés, le partage d'expérience est une « *ressource pour approfondir certaines connaissances, ou pour remettre certaines connaissances à jour* » (E6, L169-170). Ils citent principalement les échanges avec les médecins anesthésistes et leurs collègues. L'IADE 2 souligne avoir appris, tout particulièrement, avec ses « *collègues plus expérimentés dans le service* » (E2, L46). Selon l'IADE 6, ce partage permet un « *échange sur la façon de procéder* » (E6, L30) ou encore découvrir d'autres « *façons de faire* » (E6, L31). L'IADE 2 travaillant dans plusieurs structures (intérim) a également partagé l'enrichissement de changer d'établissement. Pour elle, « *ça permet d'ouvrir son esprit et de s'adapter. On apprend beaucoup de choses à travers les rencontres* » (E8, L35-36). Cet avis est par ailleurs partagé par l'IADE 6 quand il souligne l'importance de « *continuer à être curieux* » (E6, L37).

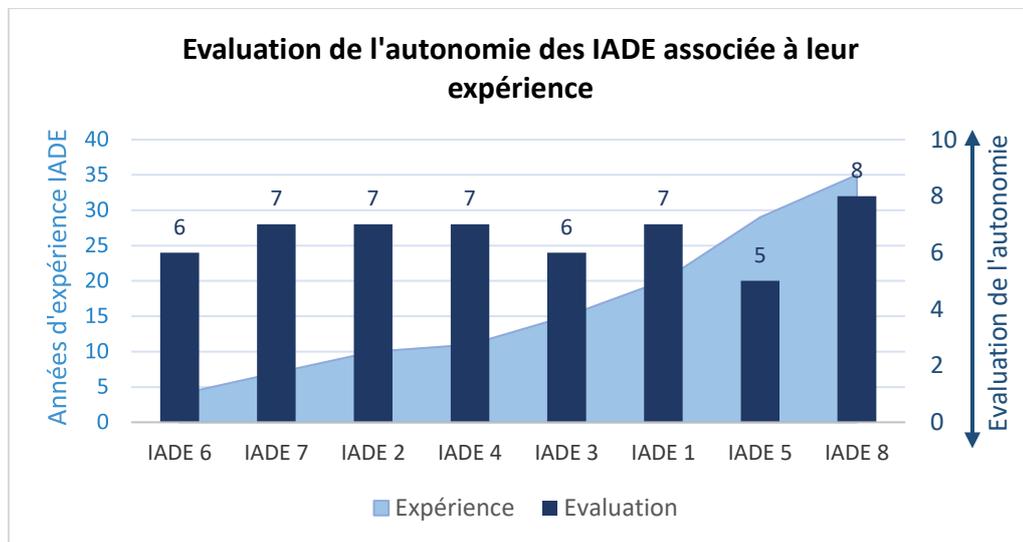
Pour les IADE interviewés, la diversité des expériences professionnelles est une source de richesse pour développer et perfectionner leurs compétences. Ils ont également mis en avant l'importance du partage d'expérience avec les collègues et les médecins anesthésistes afin d'adapter leurs pratiques, ainsi que l'importance de cultiver une curiosité continue pour améliorer leur pratique professionnelle.

En conclusion, l'autonomie professionnelle des IADE est un processus dynamique qui commence dès la formation initiale et se poursuit tout au long de la carrière. Elle repose sur un équilibre entre l'expérience, la formation et la curiosité intellectuelle. C'est en cultivant ces éléments tout au long de leur carrière, qu'ils peuvent maintenir une autonomie solide et être à la pointe dans leur domaine. En effet, bien que l'expérience soit un pilier important de celle-ci, certains IADE reconnaissent que ce n'est pas suffisant.

### *Évaluation de l'autonomie*

Dans le cadre de cette analyse, j'ai trouvé pertinent d'évaluer l'autonomie professionnelle des infirmiers anesthésistes interrogés en leur demandant de s'auto-

évaluer à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 à 10. 0 correspond à un état de dépendance totale et 10 à une autonomie professionnelle complète. J'ai ensuite mis en relation leur évaluation personnelle avec leur expérience respective.



Les résultats obtenus ont révélé des estimations de l'autonomie professionnelle des IADE allant de 5 à 8/10, avec une moyenne s'élevant à 6.625/10. La courbe bleu clair reflétant les années d'expérience des infirmiers anesthésistes interrogés montre que l'autonomie professionnelle n'évolue pas forcément de manière linéaire avec l'expérience. En effet, bien que certains IADE aient exprimé une amélioration de leur autonomie avec l'expérience, les résultats obtenus sur la population interviewée indiquent une moyenne 6.75 /10 pour les quatre IADE les moins expérimentés, contre une moyenne de 6.5/10 pour les quatre IADE les plus expérimentés. Il convient de noter que le graphique présenté n'est pas représentatif de la population globale, et que les résultats peuvent être remis en question en raison de la méthodologie d'évaluation utilisée.

### 6.2.3. Une autonomie encadrée

#### *Notion complexe*

Après avoir exploré l'autonomie de l'infirmier anesthésiste, j'ai souhaité me pencher sur les limites de celle-ci, ce qui a suscité des réactions mitigées chez les IADE interrogés. Certains ont exprimé leur hésitation par des silences et des disfluences verbales, tandis que d'autres ont reconnu la complexité de cette question. Par exemple,

l'IADE 3 a répondu « *C'est une bonne question* » (E3, L68). L'IADE 2 a admis que ce n'était « *pas toujours facile* » (E2, L63-64) de délimiter cette autonomie. Une interviewée a même utilisé l'expression « *la frontière est fine* » (E4, L51) pour décrire cette situation.

### *L'importance d'avoir des limites*

L'ensemble des IADE a souligné l'importance de connaître les limites de leur autonomie professionnelle. Ils ont exprimé cela de différentes manières : « *il faut que tu connaisses tes limites* » (E2, L60), a déclaré l'IADE 2, tandis que l'IADE 5 a affirmé « *Il ne faut pas faire n'importe quoi* » (E5, L60). Selon l'IADE 6, l'autonomie « *permet de savoir gérer jusqu'à une certaine limite* » (E6, L67), mais comme le décrit l'IADE 7, « *il ne faut pas la dépasser* » (E7, L42). De plus, un des IADE a souligné la nécessité de connaître ses limites en affirmant : « *Un IADE qui connaît pas ses limites, c'est un IADE dangereux* » (E3, L90-91).

### *Le positionnement, savoir rester à sa place*

Au cours des entretiens, cinq des interviewés ont insisté sur l'importance de ne « *pas inverser les rôles* » (E1, L32) entre les infirmiers anesthésistes et les médecins anesthésistes. Ils ont utilisé des expressions variées pour exprimer leur point de vue : « *on ne fera pas nos petits docteurs* » (E1, L66-67), « *il ne faut pas se croire docteur* » (E5, L54) ou encore « *on n'est pas des médecins* » (E6, L54). L'un d'entre eux a même fait référence au comportement audacieux ou risqué parfois associé aux cow-boys en affirmant : « *moi j'ai pas l'impression d'être un cow-boy, et je ne veux pas être un cow-boy. Pour moi l'infirmier anesthésiste, ce n'est pas un médecin anesthésiste* » (E3 L74-75). Il rajoute « *je ne fais pas les choses dans leur dos* » (E3, L128-129). Une des interviewées a également souligné que le positionnement de l'infirmier anesthésiste était crucial et qu'il était important de savoir « *rester à sa place* » (E8, L26).

En résumé, nous pouvons voir que cinq des huit IADE ont exprimé verbalement la nécessité d'avoir un bon positionnement incluant l'importance de ne pas dépasser ses compétences.

### *Dépassement de compétences*

J'ai ainsi trouvé intéressant d'évaluer les expériences pouvant être associées au dépassement de compétences. La plupart des IADE interrogés a déclaré ne pas avoir franchi cette limite. L'un des interviewés a expliqué : « *Ça peut m'arriver d'être un peu borderline, mais je ne fais pas d'expérimentation* » (E1, L80). Un autre IADE a rapporté une expérience durant laquelle il s'est retrouvé seul en salle d'opération : « *Oui, une fois, je suis sortie de salle et j'étais toute seule, le médecin m'avait oubliée* » (E8, L79). Cependant, en dehors de cette situation particulière, elle n'a pas l'impression d'avoir dépassé ses compétences, comme l'ont également affirmé d'autres interviewés.

#### *6.2.4. Les déterminants de l'autonomie*

Les IADE ont identifié plusieurs limites à leur autonomie professionnelle. Celles-ci peuvent être classées de différentes façons. L'un des interviewés a choisi de les diviser en « *facteurs internes et [...] facteurs externes* » (E8, L76-77). Un autre IADE a mis en évidence les limites à travers « *La loi, notre savoir et la collaboration avec le MAR* » (E7, L68). Afin de mieux comprendre ces facteurs encadrant l'autonomie des IADE, j'ai décidé de les analyser en utilisant les exemples fournis lors des entretiens.

#### *Relation MAR/IADE*

Sept IADE mettent en évidence une autonomie variable selon la collaboration avec les médecins anesthésistes. L'un d'entre eux déclare : « *L'autonomie, elle est dépendante [...] du MAR avec qui on travaille* » (E3, L52). L'IADE 7 a également expliqué que la collaboration avec le MAR « *peut être un facteur favorisant comme un facteur limitant* » (E3, L81-82) à l'autonomie. L'IADE 7 exprime qu'il y a des « *médecins qui vont mettre plus de limites que d'autres* » (E7, L66) et « *Des fois, avec certains médecins, la place est grande* » (E7, L12-13). De même, l'un d'entre eux a évoqué une « *une marge de manœuvre* » (E1, L108) variable selon le médecin anesthésiste avec qui il travaille, tandis que l'IADE 2 a parlé de « *la liberté que le médecin va te laisser* » (E2, L72).

Les IADE ont également souligné l'importance de la connaissance mutuelle et de la confiance entre les membres de l'équipe d'anesthésie. Par exemple, l'IADE 4 a parlé de

la « *qualité de l'entente au sein de l'équipe* » (E4, L54), évoquant la « *cohésion au sein de l'équipe d'anesthésie* » (E4, L54-55) et le « *contrat de confiance* » (E4, L62-63) nécessaires pour travailler efficacement. Selon l'IADE 1 la connaissance mutuelle « *permet une continuité et une stabilité dans les relations* » (E1, L77). Il explique que le médecin « *sait ce dont on est capable et connaît nos limites* » (E1, L64) et ajoute, cela permet de pouvoir « *compter les uns sur les autres* » (E1, L62).

Par ailleurs, ils expriment une facilité à se positionner lors des prises en charge : « *tu sais quelle décision tu pourras te permettre de prendre* » (E4, L59-60) ou encore « *On sait ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on peut proposer et inversement* » (E7, L30-31). L'IADE 2 rapporte qu'avec l'expérience, elle a acquis « *une aisance avec les médecins* » (E2, L21-22) qui lui permet de « *pouvoir proposer des choses* » (E2, L24-25). Elle explique également que cette aisance ne serait pas présente si elle changeait d'établissement demain.

Les IADE ont également souligné l'importance de la communication et de l'échange avec le MAR. L'IADE 7 souligne que le MAR « *ouvert et à l'écoute* » (E7, L108) facilite son positionnement et l'IADE 5 trouve qu'il est plus facile de discuter avec « *certaines personnes avec qui tu vas être à l'aise* » (E5, L62-63). Enfin, l'IADE 7 a proposé d'anticiper ce facteur influençant par une concertation avec le MAR. Il dit : « *j'aime bien aussi demander, qu'est-ce qu'il veut, jusqu'où je peux aller* » (E7, L46-47).

Les résultats de l'analyse mettent en évidence que la collaboration avec le MAR est un facteur clé de l'autonomie de l'IADE, et que des relations interprofessionnelles positives basées sur la connaissance mutuelle et la communication sont essentielles pour améliorer cette autonomie.

Les résultats de l'analyse suggèrent que la communication et l'échange sont des éléments essentiels à la collaboration entre les IADE et les MAR. La collaboration avec le médecin anesthésiste est un facteur important de l'autonomie de l'IADE. Il est donc crucial de créer et d'entretenir des relations interprofessionnelles à travers des échanges et une communication adaptée. De plus, la connaissance mutuelle entre l'IADE et le MAR semble être un prérequis pour construire une relation de confiance. Cependant, il peut être

difficile de connaître tous les médecins avec lesquels on est amené à travailler. Dans ce cas, la concertation peut être une solution pour éviter de potentielles interrogations

### *Limites réglementaires*

Au cours des entretiens, cinq infirmiers anesthésistes ont souligné l'importance du décret de compétences, affirmant que l'autonomie de leur profession est limitée par la législation en vigueur. Trois d'entre eux ont abordé ce sujet spontanément, tandis que les deux autres l'ont évoqué plus tard dans la discussion.

L'IADE 4 a par exemple affirmé que l'autonomie implique de « *travailler en respectant les règles, c'est-à-dire en suivant notre décret de compétences* » (E4, L31) en veillant à ne pas les dépasser. Deux autres IADE ont également fait référence au cadre législatif. L'IADE 8 a rappelé que « *Dans les textes, on peut endormir et réveiller seul les patients à condition qu'un médecin anesthésiste puisse intervenir à tout moment* » (E8, L51 à 53), tandis que l'IADE 7 a souligné que « *dans notre décret, il est indiqué que l'IADE fait la réanimation peropératoire* » (E7, L42-43). Par ailleurs, l'IADE 6 a mentionné « *les cartes qui nous sont autorisées à utiliser* » (E6, L68), ce qui semble également faire référence à l'importance du cadre légal. Enfin, l'IADE 7 a insisté sur la pertinence de connaître et de respecter le « *cadre réglementaire* » (E7, L65) et a conclu son entretien en rappelant l'importance d'aborder le « *cadre législatif* » (E7, L162) à travers des formations.

En résumé, les IADE ont souligné l'importance de connaître et de respecter le cadre légal régissant leur profession. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, l'autonomie des IADE appartient à un cadre bien défini, fondé sur des textes réglementaires. L'autonomie professionnelle ne signifie pas une absence totale de cadre ou de responsabilité. Elle doit être exercée dans le respect des normes et des valeurs de la profession.

### *Les limites institutionnelles*

Plusieurs IADE ont souligné que l'autonomie dépend également du contexte professionnel. Selon eux, cela peut dépendre de l'organisation du service et de la culture de la structure. Par exemple, l'IADE 3 a affirmé que l'autonomie « *dépend*

*également de la culture de la structure* » (E3, L95-96), tandis que l'IADE 8 a ajouté que cela « *dépend des établissements, de leur organisation* » (E8, L77). L'IADE 4 a également souligné que l'autonomie dépendait du « *milieu dans lequel tu travailles* » (E4, L53). Ainsi, il semble que l'environnement professionnel ait un impact sur l'autonomie des IADE, ce qui inclut non seulement l'organisation du service, mais également la culture de la structure. Cependant, les infirmiers anesthésistes n'ont pas donné de définition précise de cette culture d'établissement. On peut supposer qu'elle englobe les habitudes des professionnels ainsi que la politique adoptée par la structure.

Par ailleurs, certains IADE ont souligné que leur autonomie était limitée en fonction du contexte de soin auquel ils étaient confrontés. Ainsi, ils ont expliqué que « *il faut prendre en compte l'ASA du patient* » (E3, L55) mais aussi que l'autonomie de l'infirmier anesthésiste dépend de la prise en charge du patient comme « *des pathologies complexes [...] des patients complexes* » (E5, L56), « *des interventions lourdes* » (E5, L59). L'un des IADE rajoute, qu'il faut ainsi « *Être capable d'être dans toute situation* » (E5, L64).

Les IADE ont exprimé leur perception d'une diminution de leur autonomie dans des situations complexes, que ce soit du point de vue chirurgical, anesthésique ou en fonction du terrain du patient.

### *Les limites personnelles*

Les entretiens menés avec plusieurs IADE ont mis en évidence que les limites de l'autonomie peuvent varier d'un individu à l'autre. Comme l'a souligné l'IADE 6, les limites de l'autonomie sont « *un peu propres à chacun* » (E6, L80). En effet, plusieurs IADE ont mis en avant les limites personnelles auxquelles ils font face quotidiennement. Non seulement, comme nous avons pu le voir précédemment, il y a « *la limite de tes connaissances et de tes compétences* » (E2, L76-77) propre à chacun en fonction des savoirs développés à travers des formations et les différentes expériences. L'un des IADE dit « *si je ne maîtrise pas, je vais pas le faire* » (E7, L53). Il rajoute, « *Je ne vais pas m'aventurer dans quelque chose que je ne maîtrise pas* » (E7, L53-54). L'IADE 1 exprime également « *je ne fais pas d'expérimentation. Je ne fais que les choses que je connais, que j'ai apprises* » (E1, L80-81). En effet, le manque d'expérience peut entraver l'autonomie de l'IADE, comme l'a expliqué l'IADE 6 : « *Vu que je n'en fais pas*

*souvent, je ne suis pas très à l'aise* » (E6, L89-90). « *Je pense qu'on fait bien ce qu'on fait souvent* » (E6, L91-92).

La conscientisation est également ressortie lors des entretiens, tant comme élément de construction de l'autonomie que comme limite de cette dernière. Selon l'IADE 2, il est essentiel de « *connaître ses propres limites* » (E2, L63) et de « *savoir les analyser* » (E2, L78). Cet avis est partagé par trois autres IADE, dont l'IADE 8, qui estime que « *chacun doit être à même de savoir ses capacités* » (E8, L74). En revanche, un excès de confiance peut être préjudiciable, comme l'explique l'IADE 3 : « *il faut avoir confiance en soi, mais il faut aussi savoir écouter ses doutes* » (E3, L91-92). Pour cet IADE, « *c'est un métier où il faut avoir un minimum de confiance en soi* » (E3, L91-92).

La personnalité des IADE est également considérée comme un facteur déterminant de l'autonomie. Selon l'IADE 8, « *la personnalité de chacun* » (E8, L71) est un élément clé de l'autonomie (y compris celle du médecin anesthésiste avec lequel il collabore). L'IADE 3 est du même avis, estimant que « *la personnalité peut être un facteur favorisant ou limitant de l'autonomie* » (E3, L90). Pour cet IADE, il est important d'avoir confiance en soi tout en étant capable de reconnaître ses limites. L'IADE 5 partage également cette idée, affirmant que pour être autonome, « *il faut être bien dans sa tête* » (E5, L66)

La personnalité de chaque individu est donc un facteur clé de l'autonomie, influencée par des éléments comme la prise de conscience, la confiance en soi et les limites personnelles. Les IADE ont souligné l'importance de la conscientisation pour connaître ses propres limites et les analyser. Toutefois, un excès de confiance peut être préjudiciable. Les IADE ont également noté que l'expérience était un élément clé de l'autonomie, mais qu'il était important de ne pas se lancer dans des expérimentations sans une maîtrise préalable.

Le résumé des paragraphes, portant sur les limites de l'autonomie de l'infirmier anesthésiste, souligne l'importance de la collaboration avec le médecin anesthésiste. Celle-ci est en effet identifiée comme le facteur déterminant le plus important pour l'autonomie. Cette collaboration devant être basée sur la communication, l'échange, le partage et la confiance. De plus, l'étude met en avant l'importance du cadre législatif et des règles institutionnelles pour garantir une pratique solide des IADE. Enfin, l'autonomie étant une notion propre à chaque individu, elle peut varier en fonction de la personnalité, de la prise de conscience et de la confiance en soi de chacun.

### 6.3. La prise de décision

#### *L'infirmier anesthésiste prend des décisions*

L'ensemble des IADE interviewés affirme que les infirmiers anesthésistes prennent quotidiennement des décisions. Voici les différentes réponses concernant ce sujet : « *J'adapte mon anesthésie et ça c'est déjà des prises de décisions* » (E2, L94) ou encore « *il en prend forcément* » (E3, L110) car « *c'est toi qui décides quand est-ce que tu dois le faire* » (E3, L118). « *Tu prends plein de décisions en salle* (E4, L69) car « *ton anesthésie, tu la gère* » (E4, L69-70). L'IADE 6 exprime qu'il « *prend des décisions sans arrêt* » (E6, L125-126) et que « *ça fait partie de notre rôle propre* » (E6, L155). L'IADE 7 confirme cela et dit : « *on ne va pas rester statique à rien faire* » (E7, L114). Ainsi, comme le dit l'IADE 8, l'IADE a un « *rôle à jouer dans la prise de décision* » (E8, L88-89).

#### *Différentes prises de décisions*

Selon l'IADE 2, « *il y a différents niveaux* » (E2, L91) lorsqu'on aborde le sujet de la prise de décision de l'infirmier anesthésiste. Elle développe deux décisions possibles. Selon elle, il y a les « *petites décisions que tu prends quotidiennement* » (E2, L93) et « *la prise de décision de l'urgence* » (E2, L97).

L'IADE décrit les petites décisions par des exemples : « *est-ce que j'approfondis mon anesthésie ? Est-ce que je refais un peu de curare ?* » (E2, L91-92). Elle résume cela à la gestion de l'« *anesthésie et ça c'est déjà des prises de décision* » (E2, L94). L'IADE 3 dit, en parlant du médecin anesthésiste, « *je vais pas lui demander les doses à faire, ou comment effectuer le soin* » (E3, L113-114) et exprime « *c'est toi qui gères le truc* » (E3, L116-117). Il rajoute « *Moi je prends la décision, je fais des choses, et j'en réfère au médecin anesthésiste. Idéalement, j'en parle avant d'agir* » (E3, L111-112). Il développe « *j'attends pas forcément qu'il soit là* » (E3, L122-123) « *Mais je le préviens toujours* » (E3, L124). En effet, comme l'explique l'IADE 4, « *dans certaines situations, il y a certaines initiatives que tu prends* » (E4, L50) comme par exemple, « *j'ai une bradycardie, ou une hypotension, je prends la décision de faire de l'atropine, des catécholamines et puis après j'en réfère au médecin* » (E3, L121-122). Les IADE

interrogés illustrent, parfois par des exemples concrets, les diverses décisions qu'ils doivent prendre au quotidien, tout en soulignant l'importance d'en référer au médecin anesthésiste.

Puis l'IADE 2 développe un autre type de décision possible. Elle explique ensuite « *tu as la prise de décision de l'urgence* » (E2, L97) où « *il faudra prendre la décision d'appeler le médecin* » (E2, L95-96). L'IADE 6 explique « *on est très autonome, mais il y a quand même une prise de décision [...] là je suis dépassé, j'appelle à l'aide* » (E6, L134-135). Il développe « *quand tu as un incident per-opératoire, il faut bien prendre la décision un moment d'appeler à l'aide ou pas* » (E6, L133-134). Cette décision d'appeler à l'aide lorsque la situation se complexifie est reprise par de nombreux IADE : l'IADE 5 affirme « *c'est toi qui décides de prévenir à temps* » (E5, L72-73) ou encore « *il faut aussi savoir appeler le médecin quand il faut* » (E2, L69). Ainsi, les IADE interrogés soulignent l'importance de savoir appeler au bon moment. L'IADE 3 précise « *Moi j'estime que dès que ça commence à beurrer, le MAR il doit être prévenu* » (E3, L70-71). Il développe « *on commence à faire des choses, mais la première action, c'est prévenir ou faire prévenir le MAR* » (E3, L71-72). L'IADE 6, exprime également cela : « *Je vais pouvoir commencer à faire certaines choses dans les premières secondes, mais après il faut appeler à l'aide. Même si on est autonome, il faut appeler à l'aide* » (E6, L70 à 72), « *quand ça franchit un cap [...] il nous faut le rôle médical* » (E6, L78 à 80).

En somme, les entretiens ont révèlent que les infirmiers anesthésistes peuvent être confrontés aussi bien à des situations stables et contrôlées, qu'à des situations d'urgence et de dépassement, nécessitant toutes deux la prise de décisions complexes. Les IADE interviewés ont souligné l'importance de contacter le médecin anesthésiste au bon moment et de travailler en étroite collaboration avec lui.

### *Prise de décision difficile*

Les entretiens ont mis en évidence que les infirmiers anesthésistes peuvent souvent être confrontés à des situations de soins difficiles, impliquant la vie du patient et nécessitant des prises de décisions complexes. Comme le décrit l'IADE 6, « *une conduite d'anesthésie [...] peut engendrer des effets secondaires* » (E6, L59-60) entraînant la nécessité d'« *agir tout de suite* » (E7, L46) et d'« *être rapide* » (E7, L153) mais aussi de

ne « *pas appeler trop tard* » (E2, L109). L'IADE 5 exprime qu'« *Il ne faut pas faire n'importe quoi* » (E5, L60).

Par ailleurs, le domaine médical est en perpétuelle évolution, avec de nouvelles technologies, de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques chirurgicales développées régulièrement. Les infirmiers anesthésistes doivent donc rester informés des dernières avancées médicales afin d'assurer des soins optimaux à leurs patients, comme l'ont souligné les IADE interrogés. Selon l'IADE 8, « *L'anesthésie évolue très rapidement* » (E8, L27). L'IADE 5 exprime qu'« *Il y a souvent des nouveautés, nouvelles connaissances qui arrivent,* » (E5, L21) et conclut en disant « *Il y a tout le temps du changement* » (E5, L26). Les IADE ont ainsi souligné l'importance de ne pas « *rester sur des acquis* » (E6, L95) et « *de se mettre au courant, au goût du jour* » (E6, L97) ou encore de « *se remettre en question régulièrement* » (E8, L26-27).

### *Raisonnement clinique*

Les entretiens ont également mis en évidence la démarche de raisonnement adoptée par les IADE interrogés. Selon l'IADE 2, dans cette démarche de raisonnement « *tu imagines ce qui peut arriver, tu identifies et agis en fonction* » (E2, L124-125), comparant ainsi cette démarche intellectuelle à une « *check-List* » (E2, L103) ou à une « *sorte d'algorithme* » (E2, L104). De son côté, l'IADE 7 exprime son raisonnement par l'utilisation d'une balance du « *pour et le contre* » (E7, L87) lui permettant de prendre des décisions. Les IADE ont souligné que cette démarche de raisonnement reposait sur « *l'expérience et tes connaissances* » (E2, L104-105) comme le précise l'IADE 2.

### *Entre intuition et réflexion*

Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, le raisonnement clinique peut être décrit par deux processus : l'« *intuition* » (E7, L119) et le « *raisonnement analytique* » (E7, L138). Bien qu'un seul IADE ait explicitement différencié ces deux processus, six des IADE interrogés ont reconnu raisonner par intuition dans certaines situations, tandis que deux autres ont exprimé ne pas laisser place à l'intuition dans leur profession. Le terme d'« *intuition* » a suscité certaines réticences chez plusieurs IADE. L'IADE 2 souligne « *Pour moi c'est pas du feeling, tu te bases sur du concret* » (E2,

L119-120). L'IADE 6 préfère parler de « *sens clinique* » (E6, L199). Il décrit cette notion ainsi : « *C'est dit sans être dit* » (E6, L207) et « *ça fait aller sur une crête* » (E6, L206). Les termes « *flair* » (E5, L75), « *ressentir la chose* » (E5, L80), sentir le patient, ainsi que des « *décisions réflexes* » (E1, L101) ou des « *automatismes* » (E7, L118) ont également été utilisés pour décrire cette forme de raisonnement.

L'IADE 7 exprime sa vision de l'intuition : « *ça va nous permettre de travailler plus rapidement* » (E7, L121-122). Il développe en donnant une comparaison : « *Comme quand on rentre chez nous, la route on la connaît, on l'a déjà faite à plusieurs reprises donc on ne réfléchit pas à quelle route on va prendre* » (E7, L124-125). Puis rajoute, « *C'est parce que tu travailles en intuition que tu ne peux pas en sortir très vite dès qu'il se passe quelque chose d'inhabituel. Dans ce cas tu sors de ce raisonnement et tu passes vers un raisonnement analytique* » (E7, L136 à 138). En effet, comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, le raisonnement clinique comprend l'intuition étant un processus rapide, spontané qui ne demande pas d'effort intellectuel dans des situations simples, et le raisonnement analytique nécessitant une activité mentale qui permet d'analyser de manière rationnelle les situations complexes. Ainsi, ces deux processus sont complémentaires, chacun ayant son importance selon la situation de soin.

### *Les composants de la prise de décision*

#### *Les émotions*

Dans le cadre conceptuel, nous avons expliqué que le raisonnement clinique pouvait être influencé par les émotions. Bien que la notion d'émotion n'ait pas été explicitement mentionnée par les IADE interviewés, certains ont évoqué la pression temporelle et le stress. Ce sont des résultantes des émotions. L'IADE 1 explique que ses décisions peuvent être influencées par « *la partie chirurgicale, [...] ils peuvent parfois mettre pas mal de pression* » (E1, L109-110). Il met également en avant « *la charge de travail* » (E1, L113-114) pouvant perturber le processus décisionnel et explique « *si on a le temps de faire les choses, d'être posé, les prises de décisions seront différentes* » (E1, L114-115). L'un d'entre eux exprime « *Des fois, on est un peu dans le jus, sous pression* » (E7, L100) ou encore « *il faut vite prendre la décision* » (E8, L96-97) démontrant que certaines situations sont traitées dans l'urgence.

Nous avons pu également voir que le stress, lorsqu'il atteint un certain niveau, pouvait avoir des conséquences négatives sur les prises de décision. L'IADE 3 exprime son point de vue : « *Tu ne peux pas arriver tous les jours stressé, ce n'est pas possible. Tu dois être stressé dans certaines situations, qui pour moi sont des situations d'urgence, qui se passent mal. Mais je pense que le stress n'a pas sa place dans notre profession au quotidien* » (E3, L102 à 105). Il met en avant ici le stress inhibiteur de performance pouvant avoir un effet néfaste sur les performances de l'infirmier anesthésiste.

#### Perception, motivation et cognition

Les infirmiers anesthésistes interrogés ont souligné l'importance de leurs perceptions et de leur cognition dans la prise de décision. Par exemple, l'IADE 2 a déclaré qu'il se fiait à ses perceptions « *quand tu prends en charge les patients, tu vois les choses, tu touches, tu discutes avec le patient, tu vois son comportement, son faciès, et c'est avoir plein d'éléments* » (E2, L118-119). L'IADE 6 a expliqué que ses décisions étaient prises en fonction de ses perceptions et de ses ressentis « *notre cerveau, notre vision, notre ressenti* » (E6, L190). Les infirmiers anesthésistes doivent analyser, trier et relier les informations qu'ils perçoivent afin de prendre des décisions adaptées « *en fonction du patient, de la situation que tu as en face de toi* » (E4, L86). L'un d'entre eux met en avant la nécessité de s'adapter à chaque situation. L'infirmier anesthésiste devra prioriser ses décisions, cela fait référence à la motivation et la cognition. Il dit « *je m'adapte à la situation. Je vois si j'ai du temps ou pas* » (E3, L129-130), puis il décide « *en fonction du temps que j'ai, et de l'urgence, du profil du patient* » (E3, L130-131).

En somme, les notions de perception, de cognition et de motivation sont intimement liées et constituent des éléments clés dans la prise de décision de l'infirmier anesthésiste en fonction du contexte de soin. Si l'un de ces éléments est mal interprété ou perçu, la décision peut être compromise. L'IADE 7 a souligné ce point en expliquant que « *Ce qui me freine à prendre des décisions, ça serait justement de ne pas savoir ... enfin c'est de ne pas saisir la situation ... c'est de ne pas comprendre ce qui se passe* » (E7, L110 à 112).

## Métacognition

Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, la métacognition est également une composante du processus décisionnel. La métacognition est un élément important car elle permet de comprendre, d'évaluer sa propre compréhension afin d'adapter les prises de décision. L'IADE 1 explique, « *parfois, nous ne prenons pas les bonnes décisions, donc lorsqu'on s'en rend compte, on réadapte, on corrige* » (E1, L105-106). Un autre IADE souligne l'importance de « *rechercher la fiabilité et la cohérence de mes données* » (E7, L98) afin d'affiner et de prendre des décisions adaptées. Il exprime « *c'est important de continuer à déconstruire* » (E7, L127-128) les prises de décisions « *pour savoir expliquer, savoir pourquoi on fait les choses* » (E7, L128). En somme, la métacognition joue un rôle crucial dans le processus décisionnel des IADE, leur permettant d'ajuster et d'améliorer constamment leurs prises de décision.

### *Les outils de la prise de décision*

Lors des entretiens, certains IADE ont évoqué l'utilisation d'outils pour aider à la prise de décision. Les infirmiers récemment diplômés ont, en particulier, mis en avant l'entérinement par la simulation ou encore l'utilisation des aides cognitives. Un IADE explique ainsi que « *la simulation, pour moi, ça c'est vraiment un facteur favorisant, pour gérer les incidents, les différentes autonomies* » (E6, L102-103). Toutefois, il mentionne la difficulté pour les structures de mettre en place des simulations, et propose l'utilisation de « *simulation virtuelle* » (E6, L108) sur ordinateur. Selon l'IADE 6, l'objectif de la simulation est « *de se remettre les grandes lignes en tête et les nouvelles recommandations* » (E6, L109-110). L'IADE 7 met en avant l'identification des facteurs humains à l'aide de la simulation. Il dit que cela permet de « *débriefer sur la communication* » (E7, L157) parfois source de difficultés. L'IADE 7 trouve également intéressant d'avoir des aides cognitives pour aider à prendre des décisions. Il précise que « *Les aides cognitives sont intéressantes pour ça. Quand on a une situation exceptionnelle, on le voit en simulation, c'est un travail en équipe et je pense qu'il serait intéressant qu'il y ait une personne qui lise la fiche d'aide cognitive* » (E7, L142 à 145). Il met en avant plus précisément « *Les aides cognitives [...] faites par la SFAR* » (E7, L150-151).

En conclusion, la pratique des infirmiers anesthésiste implique une prise de décision quotidienne, parfois dans des situations d'urgence ou complexes, nécessitant rapidité et précision. Nous avons pu voir que le processus décisionnel est influencé par divers éléments tels que les émotions, la motivation, la perception, la cognition ou encore la métacognition. Ils permettent de prendre des décisions mais peuvent aussi les influencer négativement. L'IADE développe à travers ses formations et ses expériences un raisonnement clinique lui permettant de prendre des décisions adaptées. Par ailleurs, des outils d'aide à la prise de décision existent et ont été mis en avant par les deux IADE récemment diplômés. Par exemple la simulation, qui permet de s'exercer, d'analyser, d'identifier et de réadapter ses pratiques à travers des scénarios réalistes. Par ailleurs, les aides cognitives ont été mises en avant, car elles guident le raisonnement et les prises de décision des professionnels de santé, en listant les différentes étapes et actions à effectuer lors d'évènements critiques et rares.

## **7. DISCUSSION**

### **7.1. Retour sur la méthodologie**

Dans le cadre de mon travail d'analyse pour mon mémoire, j'ai pris conscience de plusieurs biais et limites qui ont influencé ma recherche. Tout d'abord, mon manque d'expérience dans ce domaine a été un obstacle à la réalisation de mon analyse. Cette recherche était une découverte pour moi et je n'avais pas encore acquis les compétences nécessaires pour mener une enquête qualitative de cette envergure. Malgré tous mes efforts pour restreindre les biais, je n'ai pas pu éviter complètement les limites que cela a pu engendrer.

D'autre part, la création d'une grille d'entretien précise et ciblée a été une étape compliquée en raison de mes craintes d'orienter les propos des interviewés. Certaines questions de l'entretien étaient également trop vagues, ce qui a posé des difficultés dans l'obtention de réponses claires et précises. Pour éviter d'influencer les réponses des participants ou de montrer un quelconque parti pris, j'ai essayé de m'en tenir strictement à ma grille d'entretien. Cependant, certains des éléments mentionnés par les participants étaient imprécis et auraient nécessité des éclaircissements supplémentaires pour mieux comprendre leur point de vue.

Le biais de sélection a été un autre facteur limitant de mon travail. En effet, l'analyse que j'ai menée n'est pas représentative de l'ensemble de la population cible, ce qui ne permet pas de tirer des conclusions généralisables. Certaines questions n'ont pas été posées de la même manière ou ont été omises lors de certains entretiens, ce qui peut conduire à des résultats biaisés ou incomplets. Il aurait été intéressant d'effectuer des entretiens dans d'autres structures (de tailles différentes, d'organisations différentes, intérimaires, etc.) afin de comparer les données et apporter plus de diversité aux propos.

Un autre biais possible est celui de l'intervieweur. Bien que j'ai fait en sorte de rester neutre et objective, mon implication dans ce projet a pu influencer mes questions et orienter les réponses des interrogés. Malgré ces précautions, cela a peut-être orienté certains résultats, limitant ainsi la portée de mon étude.

Enfin, le temps imparti pour ce travail a été une autre limite à mon projet. La durée restreinte de cette recherche ne m'a pas permis de réaliser une enquête plus large et plus diversifiée. J'aurais aimé avoir le temps nécessaire pour interroger un plus grand nombre de participants, y compris les médecins anesthésistes, qui auraient apporté un autre point de vue à cette étude.

## 7.2. Retour sur les hypothèses

J'ai trouvé quelques éléments de réponse à mes hypothèses dans le cadre conceptuel et dans mes recherches sur le terrain.

### *Hypothèse 1 : L'infirmier anesthésiste est un professionnel autonome*

L'autonomie est une compétence fondamentale pour les infirmiers anesthésistes. Elle est recherchée dès la formation initiale des professionnels à travers l'acquisition de connaissances théoriques et techniques, puis se poursuit par l'expérience sur le terrain. Cette compétence est encadrée par les textes législatifs régissant la profession, qui visent à former « *un infirmier responsable et autonome, particulièrement compétent dans le domaine des soins en anesthésie* » (22).

Dans la pratique, les IADE jouent un rôle crucial dans les prises en charge des patients. Ils sont souvent amenés à travailler de manière autonome. Le médecin anesthésiste ayant parfois plusieurs patients en charge, les IADE se retrouvent à mettre en œuvre et adapter l'anesthésie de façon autonome. Cette situation exige d'eux une capacité d'analyse, d'évaluation de la situation et de réflexion pour prendre des décisions éclairées.

L'autonomie professionnelle semble être une compétence recherchée et appréciée des IADE. Lors des entretiens, l'ensemble des infirmiers anesthésistes a affirmé se sentir autonome. Cette autonomie est perçue comme un signe de reconnaissance de la profession pour les IADE et procure un épanouissement professionnel pour certains.

Les infirmiers anesthésistes interrogés ont défini l'autonomie comme une « *liberté d'action* » ou encore « *une marge de manœuvre* ». En effet, « *La recherche de l'autonomie conduit à la fois à rechercher plus de liberté et à se détacher des liens de*

*dépendance qui freinent l'autonomisation* » (15). Cependant, il est essentiel de comprendre que l'autonomie ne signifie pas être totalement indépendant ou isolé des autres et de son environnement. Au contraire, la prise en charge du patient au bloc opératoire se fait en équipe multidisciplinaire, et tous les professionnels sont interdépendants.

L'un des IADE interrogé a parlé d'« *autonomie d'équipe* » ou encore a souligné que l'autonomie n'est pas associée à la « *solitude* ». Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, l'autonomie est bien plus que l'indépendance, elle repose sur une interdépendance. Il est crucial pour une entité autonome d'avoir la capacité d'agir et de réfléchir en collaboration avec les autres. L'autonomie ne signifie pas s'isoler des personnes qui nous entourent, ni rompre les liens sociaux.

### *Autonomie encadrée*

Le champ d'application de l'autonomie de l'IADE en matière d'anesthésie n'est pas précisément défini. Bien qu'ils soient autorisés à mettre en œuvre la stratégie d'anesthésie, les IADE doivent en obtenir la validation écrite par le médecin anesthésiste. Nous avons vu que la composition de cette stratégie peut être plus ou moins détaillée selon les objectifs de la prise en charge du patient, ce qui rend difficile la définition de l'autonomie pour les IADE. Les IADE interrogés ont souligné les limites réglementaires de leur décret de compétences et l'importance de les connaître pour éviter de les dépasser. En effet, « *l'autonomie sans règles aboutit à l'anarchie* » (15). Comme nous avons pu le voir, la personne autonome cherche à se libérer de ses dépendances mais l'autonomie, ce n'est pas être totalement indépendant de son environnement. La personne autonome va déterminer une marge de manœuvre, et doit être en capacité de « *s'intégrer et à s'engager dans son environnement* » (15). Ainsi, l'autonomie appartient à un cadre fondé non seulement par les textes réglementaires, les règles institutionnelles propres à chaque structure, mais aussi les relations interprofessionnelles.

L'IADE travaille sous le contrôle du médecin anesthésiste, qui reste le responsable de la prise en charge anesthésique du patient. Cette collaboration étroite entre l'IADE et le médecin anesthésiste nécessite une communication efficace, une confiance mutuelle et une coordination. Les IADE ont insisté sur l'importance de la compétence collective et de la capacité à collaborer et à prendre des décisions en groupe pour assurer une prise en

charge anesthésique optimale. Ils ont mis en lumière l'influence de la relation IADE/MAR sur l'autonomie, faisant référence aux facteurs humains. Mon analyse semble l'identifier comme l'un des facteurs principaux de cette autonomie, ce qui m'amène à une nouvelle hypothèse de recherche : l'influence des facteurs humains sur l'autonomie de l'infirmier anesthésiste.

### *Hypothèse 2 : L'autonomie de l'IADE variable d'une personne à une autre*

L'autonomie de l'IADE varie d'une personne à une autre, comme confirmé par les IADE interrogés. Ils ont mis en évidence le rôle de la formation et de l'expérience dans le développement de leur autonomie. Bien que tous aient suivi la même formation initiale, leur expérience professionnelle diffère en fonction de leur domaine d'exercice, de leur spécialité, leur parcours professionnel et de leurs intérêts personnels. Ainsi, les IADE ont exprimé l'opinion selon laquelle l'autonomie est une caractéristique propre à chaque individu.

Lors des entretiens, les IADE ont souligné l'importance de la conscientisation, qui correspond à une étape essentielle dans le processus d'autonomisation. Ils ont mis en avant la prise de conscience de leurs compétences, limites et responsabilités, considérée comme une étape cruciale pour développer leur autonomie professionnelle. En effet, « *La conscientisation est un travail capital pour que la personne réalise ce qui se passe en elle et autour d'elle. Plus elle sera consciente, plus elle pourra travailler sur cette réalité qu'elle a acceptée. Plus elle sera consciente, plus elle pourra assumer la situation dans laquelle elle se trouve. La conscience est la première marche de l'édifice de l'autonomie. Sans conscience, la personne ne peut agir par elle-même* » (15). Nous pouvons donc voir qu'il est important que la personne soit consciente de ses dépendances, qu'elles soient internes ou externes, afin de s'en libérer. « *Dans le cas contraire, elle dépendra d'une autre personne pour lui dicter ses choix et agir sur elle* » (15).

Par ailleurs, la personnalité a également été évoquée par les IADE comme un facteur pouvant influencer sur l'autonomie. Bien que peu développée dans le cadre conceptuel, les IADE ont souligné que la personnalité pouvait affecter les émotions, les perceptions et la motivation, autant d'éléments qui influencent les prises de décision. Les IADE ont expliqué que certains individus avaient une personnalité qui les rendait plus

enclins à prendre des décisions autonomes, tandis que d'autres étaient plus à l'aise dans un environnement plus encadré.

La personnalité, « *c'est l'originalité de chaque individu dans sa manière d'être ainsi que dans ses modes d'action et de réaction avec le milieu social et physique dans lequel il évolue. C'est en quelque sorte ce qui constitue l'unicité de chaque individu* » (23). La personnalité fait partie intégrante de l'individu. Elle influence la façon dont nous percevons, ressentons et réagissons à notre environnement et aux événements de la vie quotidienne. La personnalité peut également avoir un impact sur nos émotions, celles-ci jouant un rôle considérable dans nos vies et nos relations, et qui influençant nos choix.

Ainsi, l'autonomie de l'IADE est une compétence dynamique qui évolue en fonction des expériences et des connaissances de chaque individu. Il est essentiel de reconnaître et de gérer les liens de dépendance externes et internes, en tenant compte des émotions et de la personnalité de chaque personne. L'autonomie nécessite une prise de conscience continue de soi-même et de son environnement, afin de développer une capacité à agir de manière autonome tout en tenant compte de ses propres limites et responsabilités.

*Hypothèse 3 : L'expérience de l'IADE lui permet d'être plus autonome et de développer sa capacité à prendre des décisions*

L'expérience est un facteur important dans le développement de l'autonomie des IADE. Comme mentionné dans le cadre conceptuel, le processus d'autonomisation ne se fait pas du jour au lendemain, mais plutôt à travers plusieurs étapes. Les IADE interrogés lors de l'étude ont confirmé que leur expérience professionnelle avait été un élément clé dans le développement de leur autonomie.

Malgré tout, lors de l'évaluation de leur autonomie, il n'y a pas eu de différences marquantes entre les IADE plus ou moins expérimentés. Cela peut s'expliquer par le fait que la population étudiée soit petite et non représentative de la population générale et que l'échelle d'évaluation de l'autonomie utilisée soit subjective. De plus, nous avons pu voir que l'autonomie dépendait de nombreux facteurs, qu'ils soient personnels, relationnels ou institutionnels, ce qui peut rendre une auto-évaluation difficile. Ce résultat nous permet de remettre en question cette affirmation.

Ainsi, l'expérience est un élément de construction de l'autonomie mais ne suffit pas à elle seule. Les expériences professionnelles permettent effectivement d'enrichir les connaissances et de développer les compétences techniques et non techniques des IADE, mais il est également essentiel de les adapter et de les mettre à jour régulièrement. Le domaine médical évolue rapidement, il est donc primordial de maintenir ses connaissances et ses pratiques à jour. C'est pourquoi, la formation continue et la curiosité intellectuelle sont des éléments essentiels à combiner à l'expérience.

Les IADE interrogés ont exprimé le désir de participer à des formations, de prendre part à des congrès et de réaliser des simulations afin de perfectionner leur pratique. Ces initiatives leur permettent d'actualiser leurs compétences et de s'adapter aux évolutions constantes dans le domaine de l'anesthésie. En cultivant cette curiosité continue et en restant ouverts aux nouvelles connaissances, les IADE renforcent leur autonomie professionnelle et améliorent la qualité des soins qu'ils prodiguent.

La prise de décision joue un rôle crucial dans l'autonomie des infirmiers anesthésistes. En effet, « *on reconnaît notamment une entité autonome à sa capacité de décision* » (15). L'infirmier anesthésiste doit raisonner de manière à faire le bon choix, en fonction de la situation, de son urgence et de sa complexité.

Dans le cadre conceptuel, nous avons également identifié deux types de raisonnement : analytique et non analytique. Bien que seule une partie des infirmiers anesthésistes ait mentionné l'utilisation de l'intuition dans les prises de décision, ils ont souligné l'importance de l'expérience pour développer leur raisonnement. Ils ont également reconnu que dans des situations plus complexes, un raisonnement analytique était nécessaire pour prendre des décisions éclairées. Ces deux types de raisonnements sont interconnectés, et c'est grâce à l'expérience que les infirmiers anesthésistes développent leur raisonnement, leur capacité de décision et, par conséquent, leur autonomie.

Un des infirmiers anesthésistes a proposé de déconstruire les processus de prise de décision afin de mieux comprendre leur aboutissement. Comme expliqué dans le cadre conceptuel, certaines décisions sont prises de manière inconsciente, par intuition, ce qui a été décrit par les infirmiers anesthésistes interrogés comme une "*sensation*", un

"automatisme" ou encore un "réflexe". Ces décisions rapides sont le résultat de l'accumulation d'informations mémorisées au fil du temps et des expériences.

Les infirmiers anesthésistes ont également souligné l'importance des outils d'aide à la prise de décision. Les situations de soins, souvent rares et critiques, influencent les décisions prises. Les émotions sont présentes dans ces situations et peuvent avoir une influence positive ou négative sur les prises de décision. Le stress a été identifié comme un facteur influençant les décisions. Certains ont suggéré l'utilisation d'aides cognitives pour permettre aux professionnels d'identifier, analyser et prendre les décisions appropriées en fonction de la situation vécue.

Au début de leur pratique, les infirmiers anesthésistes ont souvent recours à une approche analytique en raison d'un manque d'expérience. Toutefois, avec le temps, leur « regard s'élargit », ce qui leur permet de ne plus devoir analyser chaque fait et geste de manière exhaustive. Cette évolution leur permet d'être plus détendus et disponibles pour traiter d'autres informations. Ce raisonnement se développe avec l'expérience et la pratique, et sans celles-ci, l'individu doit raisonner de manière analytique et rationnelle pour prendre des décisions.

### **7.3. Retour sur la question de recherche**

Le retour sur les hypothèses avait pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : En quoi le développement des compétences de l'infirmier anesthésiste est essentiel pour son autonomie et sa capacité à prendre des décisions au cœur de la stratégie d'anesthésie ?

Bien que cette étude ne puisse pas répondre de manière exhaustive à cette question, elle met en évidence le fait que l'acquisition de l'autonomie en tant qu'infirmier anesthésiste est un processus continu et dynamique.

Au cours de leur formation initiale, les IADE acquièrent des compétences techniques et non techniques, à la fois individuelles et collectives, qui servent de fondement à leur autonomie. Elles permettent de mettre en œuvre des stratégies d'anesthésie, d'identifier un déséquilibre homéostatique et de prendre des décisions.

Cependant, le domaine de la santé est en constante évolution, ce qui rend essentiel, pour les professionnels de santé, de continuer à développer leurs compétences pour rester performants. L'expérience est une source importante de développement de compétences essentielles à la pratique quotidienne de l'infirmier anesthésiste, mais elle ne suffit pas. Il est également crucial d'enrichir et de mettre à jour ses connaissances et compétences.

L'analyse a révélé que l'autonomie est un processus dynamique, variant d'une personne à l'autre et d'une situation à l'autre. De plus, elle semble être influencée par plusieurs facteurs, à la fois internes et externes. Les relations interprofessionnelles sont des déterminants principaux de l'autonomie, et plus particulièrement la collaboration avec le MAR. La prise en charge des patients au bloc opératoire nécessite une pluridisciplinarité et une forte collaboration entre les différents acteurs de la santé. Bien que la collaboration et les notions qui la composent n'aient été que peu développées dans le cadre conceptuel de mon étude, elles sont ressorties comme un concept important lors de mes analyses. Cette évidence mériterait des recherches supplémentaires et une clarification.

## 8. CONCLUSION

Ce travail de recherche est né d'un questionnement lors de mes différents stages sur le positionnement de l'infirmier anesthésiste. Il s'est ensuite construit en plusieurs étapes successives et a permis de définir la problématique suivante : en quoi le développement des compétences de l'infirmier anesthésistes est essentiel pour son autonomie et à sa capacité à prendre des décisions ?

Cette démarche réflexive a permis d'approfondir le concept de l'autonomie de l'infirmier anesthésiste dans le domaine de l'anesthésie, en identifiant les compétences essentielles à son exercice autonome et en déterminant les facteurs l'influençant.

Grâce à une étude qualitative menée auprès d'infirmiers anesthésistes sur le terrain, ce travail a démontré l'importance du rôle de l'infirmier anesthésiste dans la mise en œuvre et l'adaptation de la stratégie anesthésique. L'autonomie de l'infirmier anesthésiste est acquise grâce à une formation initiale solide, alliant théorie et pratiques, et continue à se développer à travers les expériences sur le terrain. Cependant, l'expérience seule ne suffit pas. Le domaine de la santé évolue constamment, et les pratiques peuvent rapidement devenir obsolètes. Il est donc essentiel pour l'infirmier anesthésiste de prendre conscience de ses compétences, de remettre régulièrement en question sa pratique et de poursuivre sa formation afin de maintenir son niveau de performance.

Cette étude a également souligné l'importance de reconnaître et de gérer les différents facteurs influençant l'autonomie et les prises de décision de l'infirmier anesthésiste. Ces facteurs peuvent provenir de la personne elle-même, de son environnement ou encore des interactions avec les autres. Ils servent à encadrer l'autonomie afin d'éviter tout dépassement de compétences, mais ils peuvent également avoir une influence sur celle-ci. Des facteurs humains, comme la collaboration, semblent exercer une forte influence sur l'autonomie de l'infirmier anesthésiste. Cela soulève de nombreuses questions quant à ces notions et ouvre de nouvelles perspectives de recherche pour approfondir notre compréhension de l'autonomie de l'infirmier anesthésiste.

Cette étude m'a permis de réfléchir à mon positionnement professionnel en tant qu'étudiante IADE et à la future infirmière anesthésiste. Cela me motive à continuer mon développement professionnel en travaillant sur mes compétences individuelles et

collectives, tant techniques que non techniques, afin de devenir une infirmière anesthésiste compétente.

## 9. BIBLIOGRAPHIE

### *Sites internet*

1. Arrete-du-23-juillet-2012-relatif-a-la-formation-IADE.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://sfar.org/wp-content/uploads/2017/01/Arrete-du-23-juillet-2012-relatif-a-la-formation-IADE.pdf>
2. Decret-n-2017-316-du-10-mars-2017.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://sfar.org/wp-content/uploads/2017/01/Decret-n-2017-316-du-10-mars-2017.pdf>
4. recherche médicale - LAROUSSE [Internet]. Disponible sur : [https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/recherche\\_m%C3%A9dicale/15770](https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/recherche_m%C3%A9dicale/15770)
5. Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne [Internet]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
13. française A. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3280>
14. recherche en soins infirmiers. déc 2007;(91)1. Arrete-du-23-juillet-2012-relatif-a-la-formation-IADE.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://sfar.org/wp-content/uploads/2017/01/Arrete-du-23-juillet-2012-relatif-a-la-formation-IADE.pdf>
20. LIBERTÉ : Définition de LIBERTÉ [Internet]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/libert%C3%A9>
22. referentiel\_dactivites\_iade-15-aout-2012.pdf [Internet]. Disponible sur : [https://sfar.org/wp-content/uploads/2022/12/referentiel\\_dactivites\\_iade-15-aout-2012.pdf](https://sfar.org/wp-content/uploads/2022/12/referentiel_dactivites_iade-15-aout-2012.pdf)

### *Livres*

8. Le Boterf G. De la compétence à la navigation professionnelle. Paris : les Éd. d'Organisation ; 1997.
9. Martin L. Le raisonnement clinique : guide méthodologique infirmier. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2019.

10. Le Boterf G. Ingénierie et évaluation des compétences. 6e éd. Paris : Eyrolles-Éd. d'Organisation ; 2013. (Collection Ressources humaines).
11. Psiuk T. L'apprentissage du raisonnement clinique : concepts fondamentaux, contexte et processus d'apprentissage. Bruxelles [Paris] : De Boeck supérieur ; 2012. (Perspectives en éducation & formation).
12. Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. 2e éd. Lyon : Éd. Mallet conseil ; 2012.
15. Desfontaines S, Montier S. Les clés de l'autonomie : modèles et processus d'accompagnement. Paris : Eyrolles ; 2012. (Références).
16. Jean-Yves de la caffinière. La prise de décision médicale : un art ou une science ? essai. Paris : l'Harmattan ; 2019. (Éthique & pratique médicale).
17. Naudin D. La prise de Décision de l'IADE : compétences non techniques et utilisation de la simulation. In 2016. p. p141 à 155.
18. Mazen NJ. La démarche d'éthique appliquée : contribution à l'analyse du processus de décision. Bordeaux : [Paris] : Études hospitalières ; École pratique des hautes études ; 2008. 212 p. (Les chemins de l'éthique).
19. Mercadier C. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. Paris : S. Arslan ; 2002. (Perspective soignante).
21. Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. 2e éd. Lyon : Éd. Mallet conseil ; 2012.
23. Enyouma M. Psychologie, sociologie, anthropologie : UE 1.1. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010. (Cahiers des sciences infirmières).
24. Saint-Maurice C Alain Landais, Guislaine Duron, Cathérine Guige, Michel Sfez, Jean Loup Ragueneau, Jean Claude Loraux, Philippe Dailland, Daniel Ortéga, Michel Lacombe, Barnard Loisel. Anatomie, physiologie. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2003. (Cours IADE).
25. Phaneuf M. La relation soignant-soigné - rencontre et accompagnement. In Chenelière Éducation ; 2011. p. 15.

27. Farmer Y, Bouthillier ME, Roigt D. La prise de décision en éthique clinique : perspectives micro, méso et macro. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2013. (Collection Santé et société).
28. Claude DUBAR PT Valérie BOUSSARD. Sociologie des professions. In : Sociologie des professions. Armand Colin, 4e Edition. 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff : Dunod Éditeur ; p. de 303 à ... (Collection U).
29. De novice à expert : excellence en soins infirmiers. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2010.
32. Van Campenhoudt L, Quivy R, Marquet J. Manuel de recherche en sciences sociales. 4e éd. Entièrement revue et augmentée. Paris : Dunod ; 2011.
33. Lévy-Leboyer C. La gestion des compétences. Paris : les Éd. D'organisation ; 1996.
34. Zimmermann-Asta ML. Apprendre par l'autonomie : l'appropriation du savoir par l'apprenant. Lyon : Chronique sociale ; 2015. (Pédagogie formation).
35. Svandra P. Le soignant et la démarche éthique. Paris : Estem ; 2009.
36. Saint-Arnaud J. L'éthique de la santé : pour une éthique intégrée dans les pratiques infirmières. 2e édition. Montréal (Québec) Canada : Chenelière éducation ; 2019.
37. Masmoudi S, Naceur A. Du percept à la décision. In 2010. p. 448.
38. Malherbe JF. Pour une éthique de la médecine. 2. éd. rev. et corr. Bruxelles: Ed. Ciaco; 1990. 207 p. (Catalyses).

*Revue :*

3. Calmant B. Iade, vers une autonomie renforcée. Wwwem-Premiumcomdatarevues09901310v30i152S0990131016301372 [Internet]. 1 mars 2017 ; Disponible sur : <https://www.em-premium.com/article/1105347/resultatrecherche/26>

6. Bonneau F. Infirmier anesthésiste, un exercice autonome et élargi. Wwwem-Premiumcomdatarevues00380814v66i852S0038081421000232 [Internet]. 7 mars 2021 ; Disponible sur : <https://www.em-premium.com/article/1431777/resultatrecherche/3>
7. Criqui M, Gasparutto Y, Malavaux C, Rouge JA. La responsabilité de l'Iade en cinq cas concrets. Wwwem-Premiumcomdatarevues099013100019008818 [Internet]. 18 févr 2008 ; Disponible sur : <https://www.em-premium.com/article/84063/resultatrecherche/32>
26. Enyouma M. Psychologie, sociologie, anthropologie : UE 1.1. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010. (Cahiers des sciences infirmières).
30. Bernard O. Les infirmiers anesthésistes face aux enjeux de la nouvelle professionnalité. Wwwem-Premiumcomdatarevues01832980v27i105S0183298017302977 [Internet]. 21 février 2018 ; Disponible sur : <https://www.em-premium.com/article/1197880/resultatrecherche/8>
31. Warchol N. La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle : Rech Soins Infirmiers. 1 décembre 2007 ; N° 91(4) :76-96.
39. Ramé A. La profession d'infirmier anesthésiste. Wwwem-Premiumcomdatarevues129385052007012716 [Internet]. 18 juin 2008 ; Disponible sur : <https://www.em-premium.com/article/170121/resultatrecherche/19>
40. Naudin D, Dupont A, Gavet C. La collaboration MAR-Iade : entre compétences non techniques et confiance interpersonnelle. Wwwem-Premiumcomdatarevues09901310v31i163S0990131018301336 [Internet]. 7 décembre 2018 ; Disponible sur : <https://www.em-premium.com/article/1262167/resultatrecherche/6>
41. Recherche en soins infirmiers. Décembre 2007 ;(91).
42. Soins Cadres. Novembre 2010;(N°76) :15 à 38.

## TABLE DES MATIERES

<b>1. GLOSSAIRE .....</b>	<b>- 2 -</b>
<b>2. INTRODUCTION .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>3. CADRE CONTEXTUEL .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>3.1. Situation de départ.....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>3.2. La phase exploratoire pour construire l'objet de recherche .....</b>	<b>- 6 -</b>
3.2.1. Une nouvelle identité professionnelle .....	- 7 -
3.2.2. L'autonomie de l'IADE.....	- 8 -
3.2.3. Les limites de l'autonomie .....	- 9 -
3.2.4. Une nouvelle approche relationnelle .....	- 10 -
3.2.5. Une disparité organisationnelle/structurelle .....	- 10 -
<b>3.3. Questionnement et hypothèses.....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>4. LE CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>4.1. Les compétences de l'infirmier anesthésiste.....</b>	<b>- 12 -</b>
4.1.1. Définition de l'IADE.....	- 12 -
4.1.2. Cadre législatif .....	- 12 -
4.1.3. La stratégie d'anesthésie .....	- 14 -
4.1.4. Définition de la compétence.....	- 15 -
4.1.5. Compétence ou performance.....	- 17 -
4.1.6. Les compétences individuelles et collectives .....	- 17 -
<b>4.2. L'autonomie de l'infirmier anesthésiste .....</b>	<b>- 18 -</b>
4.2.1. Définition de l'autonomie .....	- 18 -
4.2.2. Libre d'être autonome .....	- 19 -
4.2.3. Autonomie ou indépendance .....	- 20 -
4.2.1. La conscientisation .....	- 21 -
4.2.2. Plus que l'indépendance, l'interdépendance .....	- 21 -
4.2.3. La construction de l'autonomie.....	- 24 -
<b>4.3. La prise de décision.....</b>	<b>- 25 -</b>
4.3.1. Décider ou choisir .....	- 25 -
4.3.2. La prise de décision médicale .....	- 27 -
4.3.3. Le raisonnement clinique .....	- 28 -

4.3.1.	Entre intuition et réflexion .....	- 28 -
4.3.1.	Les composants de la prise de décision.....	- 30 -
<b>5.</b>	<b>PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....</b>	<b>- 33 -</b>
5.1.1.	Choix de l'outil.....	- 33 -
5.1.2.	Choix et description de la population étudiée .....	- 33 -
5.1.3.	Lieu et temps des entretiens .....	- 35 -
5.1.4.	Méthode de traitement des données .....	- 35 -
<b>6.</b>	<b>ANALYSE DES RÉSULTATS.....</b>	<b>- 37 -</b>
<b>6.1.</b>	<b>Le rôle de l'infirmier anesthésiste .....</b>	<b>- 37 -</b>
6.1.1.	Compétences essentielles .....	- 37 -
6.1.2.	Le rôle de l'IADE dans la stratégie d'anesthésie .....	- 37 -
	Une proximité avec les patients .....	- 38 -
<b>6.2.</b>	<b>Autonomie de l'infirmier anesthésiste .....</b>	<b>- 39 -</b>
6.2.1.	Définition de l'autonomie de l'IADE.....	- 39 -
	IADE, un professionnel libre .....	- 39 -
	Une reconnaissance.....	- 40 -
	Autonomie dans l'action .....	- 41 -
	Autonomie collaborative.....	- 41 -
	La responsabilité .....	- 42 -
	Plaisir d'être autonome .....	- 43 -
6.2.2.	Construction de l'autonomie .....	- 44 -
	La formation.....	- 44 -
	Autonomie évolutive.....	- 45 -
	Évaluation de l'autonomie .....	- 46 -
6.2.3.	Une autonomie encadrée .....	- 47 -
	Notion complexe .....	- 47 -
	L'importance d'avoir des limites .....	- 48 -
	Le positionnement, savoir rester à sa place.....	- 48 -
	Dépassement de compétences .....	- 49 -
6.2.4.	Les déterminants de l'autonomie .....	- 49 -
	Relation MAR/IADE .....	- 49 -
	Limites réglementaires .....	- 51 -
	Les limites institutionnelles .....	- 51 -
	Les limites personnelles .....	- 52 -

<b>6.3. La prise de décision.....</b>	<b>- 54 -</b>
L'infirmier anesthésiste prend des décisions .....	- 54 -
Différentes prises de décisions.....	- 54 -
Prise de décision difficile.....	- 55 -
Raisonnement clinique.....	- 56 -
Entre intuition et réflexion.....	- 56 -
Les composants de la prise de décision.....	- 57 -
Les outils de la prise de décision.....	- 59 -
<b>7. DISCUSSION.....</b>	<b>- 61 -</b>
<b>7.1. Retour sur la méthodologie.....</b>	<b>- 61 -</b>
<b>7.2. Retour sur les hypothèses.....</b>	<b>- 62 -</b>
Hypothèse 1 : L'infirmier anesthésiste est un professionnel autonome.....	- 62 -
Hypothèse 2 : L'autonomie de l'IADE variable d'une personne à une autre .....	- 64 -
Hypothèse 3 : L'expérience de l'IADE lui permet d'être plus autonome et de développer sa capacité à prendre des décisions .....	- 65 -
<b>7.3. Retour sur la question de recherche .....</b>	<b>- 67 -</b>
<b>8. CONCLUSION .....</b>	<b>- 69 -</b>
<b>9. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>- 71 -</b>
Sites internet.....	- 71 -
Livres .....	- 71 -
Revue :.....	- 73 -
<b>10. ANNEXES .....</b>	<b>2</b>





École d'infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État

Pôle de Formation des Professionnels de Santé

CHU de Rennes



# LES LIMITES DE L'AUTONOMIE DE L'IADE

## La prise de décision au cœur de la stratégie d'anesthésie



**Manon BOUDARD**

**Directrice de mémoire : Mme Catherine FADIL TAISNE**

**Promotion 2021-2023**

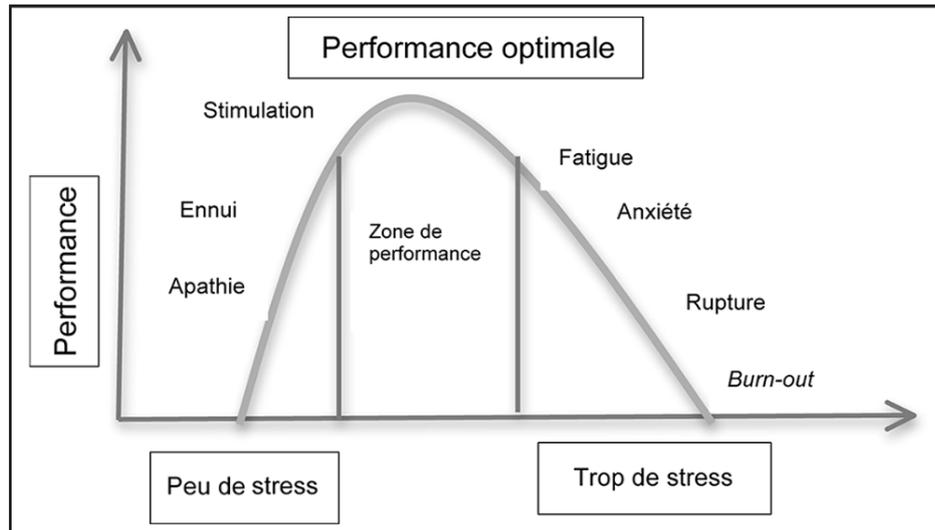
**Soutenance le 28 juin 2023**

## 10.ANNESES

Annexe I : Courbe de l'impact du stress sur la performance.....	3
Annexe II : Guide d'entretien .....	4
Annexe III : Retranscription Entretien n°1 (E1).....	7
Annexe IV : Retranscription Entretien n°2 (E2).....	12
Annexe V : Retranscription Entretien n°3 (E3) .....	17
Annexe VI : Retranscription Entretien n°4 (E4).....	22
Annexe VII : Retranscription Entretien n°5 (E5) .....	25
Annexe VIII : Retranscription Entretien n°6 (E6) .....	29
Annexe IX : Retranscription Entretien n°7 (E7).....	36
Annexe X : Retranscription Entretien n°8 (E8) .....	42
Annexe XI : Grille d'analyse .....	46

## Annexe I : Courbe de l'impact du stress sur la performance

Figure 3 ● Impact du stress : courbe de Yerkes et Dodson. La loi de Yerkes-Dodson (1908) énonce qu'il existe une relation en forme de U inversé entre la performance cognitive et le niveau d'éveil. Des études récentes montrent les mêmes courbes entre performance et stress et performance de mémorisation et stress [3].



(17)

## Annexe II : Guide d'entretien

### Guide d'entretien

- Remerciement de l'interviewé : Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à l'entretien d'enquête de mon mémoire.
- Temps de présentation personnel : Manon, 26 ans, infirmière depuis 2017, élève IADE au CHU de Rennes depuis 2021
- Présentation du déroulé de l'entretien : nous allons avoir un temps dédié pour échanger sur différentes notions. Ce qui m'importe c'est d'avoir votre point de vue. La discussion est libre et ouverte
- Information sur les conditions, le contrat : Je tiens à vous informer que cet entretien est anonymisé (nom et lieu d'exercice). Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ? Si oui, vous pouvez à tout moment demander à que l'enregistrement soit interrompu, je respecterais votre souhait. Vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse pour mon travail.
- Temps de présentation de l'interviewé : Je vais commencer par prendre un temps pour mieux vous connaître :
  - Combien d'année avez-vous exercé en tant qu'IDE ?
  - Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?

### Hypothèses :

- L'infirmier anesthésiste est un professionnel autonome
- L'expérience de l'IADE lui permet d'être plus autonome et de développer sa capacité à prendre des décisions
- L'autonomie de l'IADE est variable d'une personne à une autre

### Le questionnaire :

#### **Thème abordé : la compétence de l'IADE**

Les mots clés : savoirs, savoir-faire, savoir-être, compétences individuelles, compétences collectives, compétences techniques et non techniques, ...

<p><u>Question principale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?</li> </ul>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est le rôle de l'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?</li> <li>- Comment l'IADE développe et acquière des compétences ?</li> </ul>
<p><b>Objectifs : définir le rôle de l'IADE dans la stratégie, définir les ressources permettant de développer des compétences</b></p>	
<p><b>Thème abordé : l'autonomie de l'IADE</b>  Les mots clés : liberté, interdépendance, conscientisation, collaboration, ...</p>	
<p><u>Question principale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que représente pour vous l'autonomie de l'IADE ?</li> </ul>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que signifie l'autonomie professionnelle ?</li> <li>- Pouvez-vous évaluer votre autonomie actuelle ? (Échelle de 0 à 10)</li> <li>- Quelles sont les limites de cette autonomie ?</li> <li>- Selon vous, quels sont les facteurs favorisant et limitant à votre autonomie ?</li> <li>- Avez-vous déjà eu l'impression de dépasser vos compétences ?</li> </ul>
<p><b>Objectifs : définir l'autonomie, le processus d'autonomisation, comprendre les déterminants de l'autonomie, limites de l'autonomie</b></p>	
<p><b>Thème abordé : Le processus décisionnel</b>  Mots clés : décision, raisonnement, émotion, intuition, métacognition</p>	
<p><u>Question principale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IADE prend-il des décisions ?</li> </ul>	<p><u>Questions de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment faites-vous pour prendre des décisions ?</li> <li>- Selon vous, quels éléments peuvent interférer durant vos prises de décision ?</li> <li>- Comment faites-vous pour développer cette capacité à prendre des décisions ?</li> <li>- Que pouvez-vous dire sur les prises de décision par intuition ? Cela vous arrive-t-il ?</li> </ul>

**Objectifs : définir la prise de décision de l'IADE, définir le raisonnement clinique, identifier les composants de la prise de décision (émotion, métacognition, ...)**

Clôture de l'entretien : Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué durant cet entretien ? Remerciements

## 1 **Annexe III : Retranscription Entretien n°1 (E1)**

2 IADE, hôpital, bloc polyvalent, 47 ans

3 Le 24 mars 2023, à 14h35 ; Durée : 23 min

4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *J'exerce depuis 2002 en tant qu'IADE, donc cela fait 20 ans et bientôt 21 ans*

6 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

7 *La première chose c'est l'autonomie et c'est pouvoir travailler en collaboration avec un*  
8 *médecin, sans l'avoir toujours à mes côtés. Ce n'est pas une relation comme les médecins*  
9 *qui te disent tout le temps qu'est-ce qu'il faut faire. Après c'est intéressant d'avoir un*  
10 *médecin à ses côtés, au début lorsqu'on est jeune diplômé. Après plus les années passent*  
11 *et plus l'expérience est là, et plus on a envie d'être autonome. Plus ça va, plus on connaît*  
12 *le job. Et ça je pense que c'est le cas dans plein d'autres boulots que le nôtre.*

13 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

14 *Avec les nouvelles recommandations, euh... la nouvelle notion de stratégie. Ça vient*  
15 *d'évoluer ! Pour moi c'est l'analyse des patients, l'analyse des dossiers. Je pense que ça,*  
16 *c'est important. Je pense que l'IADE a déjà sa place dans les consultations. Je trouve*  
17 *que les médecins sont souvent pris par plein de choses et des fois, les consultations ne*  
18 *correspondent pas à notre analyse après avoir vu le patient, je pense qu'on pourrait leur*  
19 *apporter des éléments supplémentaires. Je pense qu'il serait intéressant que ce soit nous*  
20 *qui faisons les consult (consultation) quand je vois les choses qui peuvent manquer sur*  
21 *la feuille pré-op. Je pense que ça pourrait être une piste de travail, ça. C'est à commencer*  
22 *par là. Alors ça, c'est pour le pré op (préopératoire), mais on per op (per-opératoire) je*  
23 *pense que c'est difficile les stratégies d'anesthésie. Je ne pense pas qu'avec la pratique*  
24 *que j'ai, que je peux décider à la place du médecin. Ça reste une discussion entre les*  
25 *deux éventuellement mais j'imagine mal demain, même si j'ai de l'expérience, décider de*  
26 *faire de l'AIVOC (anesthésie intraveineuse à objectif de concentration) à la place d'une*  
27 *autre thérapeutique par exemple. Après, pour l'utilisation de certaines drogues, je trouve*  
28 *ça différent. Par exemple je décide de faire du curare en pousse seringue plutôt qu'en*  
29 *réinjection parce que c'est plus adapté, c'est plus stable. Ça peut être des choses comme*  
30 *ça dans la stratégie d'anesthésie. Mais je ne le ferai pas pour l'utilisation de toutes les*

31 *drogues. Je trouve qu'il faut que ça reste plus une discussion. Il ne faut pas inverser les*  
32 *rôles. Alors ça nécessite un savoir-faire, une connaissance des drogues d'anesthésie mais*  
33 *je pense qu'il faut que ça reste une décision commune. Je pense également que la*  
34 *prescription par exemple comme celles des antalgiques pour les IADE seraient très*  
35 *intéressantes. C'est quelque chose qu'on fait avec certains médecins, certains les*  
36 *prescrivent mais d'autres nous laisse faire. Concernant les antalgiques, on a une*  
37 *expérience, on a du recul, on sait dans quel cas on ne peut pas les utiliser. Je pense que*  
38 *ça pourrait devenir quelque chose de notre rôle et c'est ce qu'on fait déjà avec pas mal*  
39 *de médecins, avec l'habitude.*

40 **Selon vous, comment l'IADE développe et acquière ses savoir-faire et ses**  
41 **connaissances ?**

42 *Il y a déjà la formation qui est complète, qui aboutit dans plein de domaines. Je pense*  
43 *que l'expérience le quotidien, euh, les différents secteurs d'activité, je trouve que le fait*  
44 *d'évoluer dans plusieurs sites, dans plusieurs domaines, ça enrichi sur le plan*  
45 *professionnel et sur le plan de l'expérience, ça c'est sûr. Le fait que nous puissions faire*  
46 *du SMUR, je trouve que tout est complémentaire de tout. Au bloc on peut l'appliquer au*  
47 *SMUR et inversement tous les automatismes qu'on peut avoir en SMUR nous aident aussi,*  
48 *au quotidien au bloc aussi, lorsque c'est un petit peu urgent. Après le fait de faire de la*  
49 *mater (maternité), faire des endoscopies seul, parce qu'on est seul, sans médecin à*  
50 *l'endoscopie. Ils viennent que si on a besoin. Tout ça, c'est de l'expérience qui permet*  
51 *d'être meilleur chaque jour, je pense. Moi, par exemple je me suis dernièrement formé*  
52 *en pose de midline, je suis allée en formation à l'extérieur, je me suis formé petit à petit*  
53 *et donc j'en profite pour en poser dès que cela est possible. Je sais que les médecins sont*  
54 *disponibles si j'ai besoin, si je suis en difficulté. C'est nouveau chez nous. Il y a aussi*  
55 *l'écho (échographie), ça permet de développer de nouvelles choses et d'enrichir nos*  
56 *compétences.*

57 **Que représente pour vous l'autonomie de l'IADE ?**

58 *Alors qu'est-ce que ça représente ? euhhh alors l'autonomie, c'est pour moi, c'est déjà*  
59 *que notre profession soit reconnue. Je pense que même jeune diplômé, nous sommes*  
60 *reconnus par les anesthésistes avec qui nous travaillons. Je pense que l'expérience et les*  
61 *connaissances des équipes font que lorsqu'on se connaît, lorsque nous travaillons depuis*  
62 *longtemps ensemble, on peut compter les uns sur les autres. Je pense que c'est plus facile*

63 *d'être autonome. Du coup la marge de manœuvre est peut-être un peu plus grande avec*  
64 *le médecin avec qui on travaille. Il sait ce dont on est capable et connaît nos limites. Ça*  
65 *permet d'avoir plus d'autonomie. Mais aussi de travailler dans des bonnes conditions en*  
66 *sécurité. Ils savent qu'on les appellera dès qu'on se trouvera en difficulté, qu'on ne fera*  
67 *pas nos petits docteurs.*

68 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
69 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

70 *Ça dépend des médecins avec qui je travaille mais pour faire une moyenne, je dirais ...*  
71 *(silence) 7/10.*

72 **Pour vous, quels sont les facteurs favorisants et limitants votre autonomie ?**

73 *Pour moi les facteurs favorisants c'est l'expérience, c'est la connaissance des médecins*  
74 *avec qui on travaille. Je pense que le fait d'avoir plusieurs médecins remplaçants, c'est*  
75 *peut-être un facteur limitant car on ne se connaît pas. On fait moins confiance à l'autre*  
76 *parce que chacun arrive de son côté, et personne se connaît. Je pense que le fait de se*  
77 *connaître permet une continuité et une stabilité dans les relations. Ça permet d'être plus*  
78 *autonome.*

79 **Vous arrive-t-il parfois d'avoir l'impression de dépasser vos compétences ?**

80 *Ça peut m'arriver d'être un peu borderline, mais je ne fais pas d'expérimentation. Je ne*  
81 *fais que les choses que je connais, que j'ai apprises. Alors c'est vrai que des fois les*  
82 *prescriptions arrivent après. Dans notre domaine, il arrive qu'on soit seul en salle et*  
83 *qu'on soit aussi confronté à de l'urgence, ce qui nécessite de prendre des décisions tout*  
84 *de suite avant d'appeler le médecin. Dans mon expérience et dans ma pratique ça fait 20*  
85 *ans que je suis IADE et je ne me rappelle pas que le médecin m'ait reproché d'avoir fait*  
86 *quelque chose le temps qu'il arrive. Il y a toujours une discussion, on fait les choses en*  
87 *connaissance de cause, on fait les choses qu'on maîtrise, qu'on connaît. Cela fait partie*  
88 *de notre domaine de compétence.*

89 **Penses-tu que l'IADE prend des décisions ?**

90 *Oui, je pense aussi car l'IADE connaît très bien le malade qu'il prend en charge, il*  
91 *connaît bien son dossier. Il connaît bien la manière dont s'est passé l'anesthésie car il*  
92 *est en salle tout le temps, du début à la fin, et donc je pense que pour les suites de la prise*  
93 *en charge thérapeutique, il peut être consulté du fait de sa connaissance du patient.*

94 (Silence) ... Après, lorsque les situations urgences se présentent, c'est un réflexe, on va  
95 puiser dans ses pratiques, dans son expérience, pour mettre la meilleure thérapeutique  
96 en place lors d'une urgence.

97 **Tu parles de reflexe, qu'entends-tu par cette notion ?**

98 En effet, la gestion de l'anesthésie c'est pas quelque chose de, euh ... de euh ... carrée  
99 ...euh de pareil ... euh ... d'identique à chaque fois, donc forcément on travaille pas  
100 comme des machines, on travaille avec de l'humain, donc on peut mettre en place au  
101 quotidien des décisions réflexes. Il y a une part d'intuition, qui fait partie de l'expérience,  
102 qu'on a. Et malgré toute l'expérience et l'intuition qu'on peut avoir, cela nous arrive de  
103 ne pas prendre la bonne décision, ou du moins ce n'est pas la meilleure pour la situation  
104 donnée. Le résultat qui apparait n'est pas celui souhaité. Nous ne sommes pas des  
105 machines, donc parfois, nous ne prenons pas les bonnes décisions, donc lorsqu'on s'en  
106 rend compte, on réadapte, on corrige. Ça fait partie de l'apprentissage.

107 **Quels éléments interfèrent sur tes prises de décision ?**

108 Je pense que ça dépend du médecin avec qui on travaille. Je sais la marge de manœuvre  
109 que je vais avoir. Ça peut aussi dépendre du chirurgien, la partie chirurgicale, c'est  
110 important, ils peuvent parfois mettre pas mal de pression. Parfois il faudra l'appui du  
111 médecin en plus du notre, même si je trouve que dans l'ensemble, on est quand même  
112 bien considéré par la partie chirurgicale. C'est rare que le médecin demande que  
113 l'anesthésiste vienne car il trouve qu'on n'a pas les compétences. Ça peut également être  
114 la charge de travail. Je pense que si on a le temps de faire les choses, d'être posé, les  
115 prises de décisions seront différentes. Et puis les connaissances qu'on peut avoir, je pense  
116 qu'elles interfèrent les prises de décisions. Moi je vérifie avec le MAPAR, qui est présent  
117 à plusieurs endroits dans le bloc autrement, c'est ce que ma formation m'a appris, m'a  
118 apporté. La formation me permet d'évoluer au fur et à mesure de ma carrière, d'avancer,  
119 d'évoluer et de continuer à être au top dans ma pratique et de continuer à adapter les  
120 nouvelles pratiques. On peut également retrouver des nouvelles recommandations sur la  
121 SFAR qui permet de rester à jour de ses connaissances. Je pense également que de  
122 rencontrer différents médecins, on a parlé avant des médecins remplaçants fréquent chez  
123 nous. Je pense que ça permet d'élargir son champ de travail et de compétences de  
124 visibilité ainsi que d'autres méthodes de voire d'autres techniques, à travers les

125 *rencontres, ça peut être un désavantage, ou au contraire d'avoir des personnes de*  
126 *l'extérieur, c'est aussi être intéressant dans ce cadre-là.*

127 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué durant cet**  
128 **entretien ?**

129 *Non*

## 1 **Annexe IV : Retranscription Entretien n°2 (E2)**

2 Femme, IADE, clinique, bloc polyvalent, 39 ans

3 Le 28 mars 2023, à 16h36 ; Durée : 35 min

4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *J'ai été diplômée en septembre 2013, donc ça va faire 10 ans que j'exerce*

6 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

7 *La rigueur. La rigueur et le relationnel, c'est-à-dire être attentif et carré sur*  
8 *l'organisation salle et sur ce qu'il faut faire. C'est important car on doit être autonome.*  
9 *Autant on est à fond sur la technique, mais être aussi à fond sur le relationnel. On voit le*  
10 *patient durant une période courte, mais ce moment est intense. Je pense que c'est*  
11 *vraiment important d'être au top à la fois sur la technique et le relationnel.*

12 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

13 *Je dirais que ça dépend un peu de ton nombre d'années d'expérience. Quand tu débutes*  
14 *t'as plutôt tendance à suivre le médecin anesthésiste et c'est normal. C'est lui qui décide*  
15 *des protocoles, c'est lui le médecin, c'est lui le prescripteur, tu es sous sa responsabilité,*  
16 *tu es sous ses ordres. Tu travailles avec lui mais il est responsable de ton travail, même*  
17 *si tu es responsable de tes actes. Après je trouve qu'avec le temps, les années*  
18 *d'expérience, mais aussi le nombre d'années que tu as fait avec le médecin, moi j'ai 10*  
19 *ans d'expérience dans la structure, je connais les médecins avec qui je travaille. Si*  
20 *demain je change d'établissement, je ne connaîtrais pas les médecins, je repartirais à*  
21 *zéro en termes de relation avec les médecins. Avec l'ancienneté, j'ai une aisance avec les*  
22 *médecins. Certains médecins me laissent un petit peu plus de liberté. Au fur et à mesure*  
23 *du temps, l'expérience, ton recul, mais aussi la relation avec le médecin, lorsque tu*  
24 *connais le médecin anesthésiste avec qui tu travailles, tu vas pouvoir proposer des*  
25 *choses. Tu t'adaptes toujours au médecin avec qui tu travailles. Avec les années, tu*  
26 *connais les habitudes, tu sais où tu vas.*

27 **Selon vous, comment l'IADE développe et acquiert des compétences ?**

28 *Alors, avec le temps, l'expérience, les bonnes et les mauvaises, avec les échanges que tu*  
29 *peux avoir avec ton médecin anesthésiste, les partages d'expérience, grâce à ses*

30 *échanges, on apprend et on réadapte nos pratiques. Et ça va être aussi les échanges avec*  
31 *les chirurgiens, parce qu'ils ne bossent pas tous pareil, des fois, les temps opératoires ne*  
32 *sont pas les mêmes, il faudra que tu t'adaptes. Du coup tu développes des compétences,*  
33 *en échangeant avec tes collègues, avec les différents intervenants, les personnes avec qui*  
34 *tu travailles, en connaissant ton environnement. Et après ben..., tu lis des revues, des*  
35 *livres, tu découvres des nouveautés, des nouvelles façons de faire. C'est aussi participer*  
36 *à des congrès, ça permet d'apprendre pas mal de choses. Et parfois lorsqu'on n'y a pas*  
37 *accès, c'est par des échanges avec les médecins anesthésistes qui sont allés à des*  
38 *différents congrès ou formations.*

39 **Avez-vous déjà eu l'impression de dépasser vos compétences ?**

40 *Non, jamais. Je ne fais que ce dont je suis certaine et en cas de doute, j'appelle toujours*  
41 *le MAR. Je préfère appeler pour rien et passer pour une idiote.*

42 **Que représente pour vous l'autonomie de l'IADE ?**

43 *Alors, pour moi, l'autonomie, (silence), alors moi j'ai commencé infirmière dans un*  
44 *service de nuit où on me demandait d'avoir une certaine autonomie. J'ai trouvé ça*  
45 *difficile au début et puis au fur et à mesure du temps j'ai gagné en autonomie, j'ai appris*  
46 *avec mes collègues plus expérimentés dans le service. Ça a été pour moi une expérience*  
47 *riche. Lorsque je suis devenue IADE, c'était une toute autre autonomie. Moi je trouve*  
48 *que nous sommes autonomes, tout en restant en sécurité. Tu vois, selon les temps*  
49 *anesthésiques, opératoires, le médecin anesthésiste est présent. Il est là pour t'aider à*  
50 *des moments critiques. Je trouve que ça c'est un confort. Après tu as ta liberté, avec tes*  
51 *protocoles, avec ton anesthésiste, avec qui tu as vu en début d'intervention. Et tu appelles*  
52 *si tu as besoin. C'est une liberté de pouvoir faire des choses, mais de manière sécurisée.*  
53 *Il y a de l'échange, on peut appeler le médecin à tout moment. Si j'ai besoin, j'appelle.*  
54 *Et puis, en fonction de tes années d'expérience, tu n'appelles pas au même moment, tu*  
55 *n'appelles pas pour les mêmes choses.*

56 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
57 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

58 *C'est difficile à évaluer ... (silence), je dirais 7/10*

59 **Quelles sont les limites de cette autonomie ?**

60 *Et ben il faut que tu connaisses tes limites. Et c'est pas toujours facile. Moi dès que je me*  
61 *pose une question, je préfère la poser au médecin si j'ai un doute, si j'ai une question, si*  
62 *j'ai un souci, et bien moi j'appelle. Et même avec l'expérience, j'appelle encore*  
63 *aujourd'hui. Je pense que c'est important de connaître ses propres limites. Et c'est pas*  
64 *toujours facile. Et des fois tu as des solutions, et tu as appelé ton médecin, il arrive et en*  
65 *fait t'as plus besoin de lui. Mais il vaut mieux appeler rapidement, qu'appeler trop tard.*  
66 *Des fois, le médecin il a un regard extérieur important, essentiel. Et puis il faut être*  
67 *humble sur ses connaissances, et il faut pas attendre pour appeler en cas de doute. C'est*  
68 *se faire confiance, mais connaître aussi ses limites. Parfois tu prends des initiatives mais*  
69 *il faut aussi savoir appeler le médecin quand il faut.*

70 **Pour vous, quels sont les facteurs favorisants et limitants votre autonomie ?**

71 *Je pense que c'est la confiance entre le MAR et toi, tu feras que tu sois plus autonome.*  
72 *Quand je dis confiance, c'est la liberté que le médecin va te laisser, par confiance. C'est*  
73 *de la bienveillance de leurs parts. Puis avec le temps, tu gagnes de l'expérience et donc*  
74 *de l'autonomie. Ton expérience te permet d'être plus autonome, tu es plus à l'aise, tu es*  
75 *plus apaisée, ton regard s'élargit. Tu arrives à faire plus de choses en même temps, tu*  
76 *deviens plus efficace. Et je pense que ce qui limite ton autonomie, c'est la limite de tes*  
77 *connaissances et de tes compétences. On n'en a toujours, on ne connaît pas tout. Il faut*  
78 *connaître ses limites, savoir les analyser. On met ça peut être aussi sur un manque de*  
79 *confiance. Si moi je vais dans une autre structure, le médecin ne me connaîtra pas, moi*  
80 *je ne connaîtrai pas le médecin et j'aurai beaucoup moins d'autonomie. Après, je trouve*  
81 *que moi l'autonomie, (silence), c'est un travail en équipe. C'est être autonome en équipe.*  
82 *Pour moi c'est pas être toute seule derrière mon champ. On est seul sans être seul. Moi*  
83 *je vais poser des questions aux anesthésistes, mais aussi beaucoup avec l'équipe*  
84 *chirurgicale. Et ça, ça te rend autonome cet échange-là. Seul, et c'est ça qui est*  
85 *intéressant. Tu es autonome, mais c'est pas tu es autonome toute seule dans ton coin en*  
86 *anesthésie. C'est un travail d'équipe entre la partie anesthésie, et la partie chirurgie.*  
87 *Pour moi, l'autonomie, c'est bosser en équipe complète. Ça c'est chouette. Pour moi, tu*  
88 *es autonome lorsque tu sais travailler seul, travailler avec les autres. C'est un ensemble.*  
89 *L'autonomie, c'est pas la solitude.*

90 **Selon vous, l'IADE prend-il des décisions ?**

91 *Pour moi il y a différents niveaux. Il y a les petites décisions : est-ce que je refais un petit*  
92 *peu ? est-ce que j'approfondis mon anesthésie ? Est-ce que je refais un peu de curare ?*  
93 *Ça c'est la base des petites décisions que tu prends quotidiennement, et que tu développes*  
94 *avec le temps. J'adapte mon anesthésie et ça c'est déjà des prises de décisions. Ensuite*  
95 *c'est la prise de décision lorsque ça va pas. C'est peut-être pas grand-chose mais il*  
96 *faudra prendre la décision d'appeler le médecin. Ensuite c'est est-ce que tu appelles vite*  
97 *ou est-ce que tu as le temps de rechercher des solutions à ton problème. Et puis ensuite*  
98 *tu as la prise de décision de l'urgence. Tu as un arrêt cardiaque, et bien tu appelles et tu*  
99 *agis. Pour moi il y a différents niveaux de prise de décision. (silence) Pour les petites*  
100 *décisions, je pense que tu développes ta prise de décision avec l'expérience. Ensuite tu*  
101 *as les prises de décision où tu as un problème, où tu as une hypotension, problème*  
102 *respiratoire, problème hémodynamique, où là, tu te fies à ton expérience, et puis, tu fais*  
103 *une check-list. Tu fais le tour de toutes les causes à ton problème et puis tu élimines. Un*  
104 *sorte d'algorithme que tu appliques et que tu crées avec l'expérience et tes*  
105 *connaissances. Et puis tu sens les choses parfois.*

106 **Quels éléments interfèrent sur tes prises de décision ?**

107 *Alors parfois le médecin est occupé quand tu l'appelles, et donc là tu dois prendre des*  
108 *décisions. Des fois, ça peut être un peu stressant car les minutes te paraissent longues.*  
109 *C'est pour ça qu'il ne faut pas appeler trop tard. C'est pour ça que je pense que c'est*  
110 *important de donner le degré d'urgence lorsqu'on appelle le médecin. Des fois tu prends*  
111 *l'initiative de remplir, ou de faire certains traitements. Tu te retrouves à devoir agir tout*  
112 *en restant dans tes limites d'autonomie. Après des fois tu souhaiterais un monitoring*  
113 *particulier, et le médecin ne veut pas, pour autant ça aurait pu te permettre d'être plus*  
114 *autonome de t'apporter des choses supplémentaires. Et tu t'adaptes. C'est une discussion*  
115 *avec le médecin.*

116 **Vous avez dit un moment, que parfois, vous sentiez les choses également. Pouvez-**  
117 **vous développer cette capacité à sentir les choses ?**

118 *En fait, quand tu prends en charge les patients, tu vois les choses, tu touches, tu discutes*  
119 *avec le patient, tu vois son comportement, son faciès, et c'est avoir plein d'éléments. Pour*  
120 *moi c'est pas du feeling, tu te bases sur du concret. Pour moi tu restes sur quelque chose*  
121 *de concret. Pour moi on ne fait pas les choses par intuition. On voit les choses concrètes,*  
122 *on les associe avec ce qu'on connaît, ce qu'on sait, notre expérience et on prend les*

123 *décisions. Je sais pas si on peut vraiment parler d'intuition. Le travail, c'est : tu as une*  
124 *situation de base et en fonction de sa surveillance, tu imagines ce qui peut arriver, tu*  
125 *identifies et agis en fonction. Le travail, c'est : anticiper tous les problèmes qui peuvent*  
126 *arriver. On imagine tous les scénarios possibles.*

127 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué durant cet**  
128 **entretien ?**

129 *L'autonomie, c'est pas la solitude. Pour moi c'est ce qu'il y a de plus important.*

130

## 1 **Annexe V : Retranscription Entretien n°3 (E3)**

2 Homme, IADE, clinique, bloc polyvalent, 48 ans

3 Le 29 mars 2023, à 15h14 ; Durée : 38 min

4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *J'ai fait 10 années infirmiers et ça fait 8 ans que je suis IADE.*

6 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

7 *Alors, qu'il y ait une bonne ambiance, qu'il y ait de la confiance entre les différents*  
8 *acteurs dans la salle d'opération, avec le chirurgien, avec l'ensemble de l'équipe*  
9 *chirurgicale et une bonne entente avec le médecin anesthésiste. J'aime bien*  
10 *l'organisation et l'autonomie qu'on peut avoir. Je pense que c'est les choses les plus*  
11 *importantes.*

12 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

13 *Je pense que le rôle de l'IADE est essentiel. L'IADE, pour moi, il applique la prescription*  
14 *du médecin, mais ça va au-delà de ça. L'IADE c'est déjà la personne qui accueille en*  
15 *premier le patient. Donc c'est la personne qui va rassurer le patient. Moi je pense que*  
16 *l'IADE n'est pas qu'un simple exécutant. Il travaille en collaboration avec le médecin*  
17 *anesthésiste et les autres intervenants. Et c'est un collaborateur du médecin anesthésiste.*  
18 *Il est là pour appliquer la prescription du médecin anesthésiste, mais il est aussi là pour*  
19 *en discuter. Je pense que s'il estime que la prescription n'est pas adaptée à la situation,*  
20 *il a le droit de le dire. Au final, le médecin anesthésiste reste le prescripteur, mais je*  
21 *pense que notre opinion compte. Alors, j'ai à plusieurs reprises, discuté des stratégies*  
22 *appliquées avec le médecin, et moi je me vois vraiment comme un collaborateur. L'IADE,*  
23 *lui, c'est celui qui va rester tout le temps de l'intervention en salle. Le médecin*  
24 *anesthésiste est là lors de moments importants comme l'induction, mais ensuite il n'est*  
25 *pas forcément en salle mais on peut l'appeler à tout moment. L'IADE discute avec le*  
26 *médecin anesthésiste de la stratégie d'anesthésie parce que c'est lui qui est en salle après.*  
27 *C'est lui qui adapte l'anesthésie durant l'intervention donc je trouve qu'il a sa place dans*  
28 *la discussion de la stratégie d'anesthésie.*

29 **Selon vous, comment l'IADE développe et acquière des compétences ?**

30 *Moi, je trouve qu'on a une formation qui est complète. Je trouve que la formation est*  
31 *importante et nécessaire. Je pense qu'on est bien formé. Je pense que ce n'est pas une*  
32 *formation qui doit être revue au rabais. Ces deux ans de formations sont nécessaires. Moi*  
33 *je ne me suis pas senti en difficulté quand j'ai commencé. Je pense que j'avais des*  
34 *compétences qui étaient acquises suite à la formation, et après elles se sont*  
35 *perfectionnées avec le temps. Je pense aussi que les différentes rencontres, les différents*  
36 *MAR avec qui j'ai travaillé, les différents collègues avec qui j'ai pu travailler m'ont*  
37 *permis, les collègues plus anciens IADE, et l'expérience. Je dirais que c'est ça.*

38 **Que représente pour vous l'autonomie de l'IADE ?**

39 *Bah elle est différente en suivant l'endroit où on peut intervenir. (Silence). Comme je*  
40 *disais précédemment, on a un rôle sur prescription, qui pour moi, reste un véritable*  
41 *travail de collaboration. A partir du moment où l'IADE passe quand même énormément*  
42 *de temps tout seul en salle, donc ça c'est vrai dans tous les endroits où on travaille, même*  
43 *si le médecin anesthésiste est parfois là pour certains temps anesthésiques comme*  
44 *l'induction, à partir du moment où c'est l'IADE qui fait perdurer la stratégie*  
45 *d'anesthésie, parce que c'est lui qui est présent en salle, l'autonomie de l'IADE est un...*  
46 *est un... comment dire... un acteur de santé autonome. Même si à la base il a un rôle sur*  
47 *prescription, voilà, c'est lui qui est là, c'est lui qui, euh... qui réagit lorsque ça commence*  
48 *à mal se passer. Même si évidemment, il appelle le médecin tout de suite mais bon,*  
49 *l'IADE, il n'attend pas que le médecin arrive pour réagir. C'est lui qui fait le réveil tout*  
50 *seul aussi. Je pense que l'autonomie, elle est très importante en fait, elle est très*  
51 *importante mais pas forcément reconnue. Il y a des endroits où l'IADE travaille tout seul*  
52 *toute la journée. L'autonomie, elle est dépendante aussi du MAR avec qui on travaille.*  
53 *Ça c'est une réalité. Après voilà, je pense que l'IADE, de par sa formation, ses acquis et*  
54 *ses expériences, est quelqu'un qui peut être parfaitement autonome, en tout cas, pour*  
55 *gérer une anesthésie. Euh, après, il faut prendre en compte l'ASA du patient, ASA1 et*  
56 *ASA2, on peut avoir une parfaite autonomie. Où je vois la différence moi, par rapport au*  
57 *MAR, ce que j'estime ne pas avoir par rapport au médecin anesthésiste, c'est une vision*  
58 *vraiment globale du patient. Je pense que je sais faire l'anesthésie aussi bien que le MAR*  
59 *mais je n'ai pas la vision globale que le MAR a. Après avec l'expérience, je développe*  
60 *cette vision, mais je n'ai pas cette vision totale ou globale que le MAR a, ou est censé*  
61 *avoir, malgré mes connaissances.*

62 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
63 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

64 *(Silence) Je pense que à l'hôpital, j'avais une autonomie à 7 et à la clinique, j'ai une*  
65 *autonomie à 6. Ouais, je dirais ça, j'ai une autonomie actuelle à 6. Après c'est variable*  
66 *selon les médecins avec qui tu travailles.*

67 **Quelles sont les limites de cette autonomie ?**

68 *C'est une bonne question. Justement, il faut en avoir des limites par rapport à cette*  
69 *autonomie. La responsabilité du MAR est quand même entièrement engagée dans toute*  
70 *anesthésie qui se fait. Moi j'estime que dès que ça commence à beurrer, le MAR il doit*  
71 *être prévenu. Après, on commence à faire des choses, mais la première action, c'est*  
72 *prévenir ou faire prévenir le MAR. Euhh, j'estime que c'est lui qui a la décision finale.*  
73 *Elle est difficile cette question. Je pense que tu as déjà entendu l'expression cow-boy.*  
74 *Moi j'ai pas l'impression d'être un cow-boy, et je ne veux pas être un cow-boy. Pour moi*  
75 *l'infirmier anesthésiste, ce n'est pas un médecin anesthésiste. Même si on a la maîtrise*  
76 *de l'anesthésie, on est avant tout quelqu'un qui apporte de l'expertise, de la technicité.*  
77 *On est pas là pour décider de la stratégie d'anesthésie, on en discute. Je pense que le*  
78 *terme collaborateur est celui qui se rapproche le mieux de l'autonomie. On est deux.*  
79 *Même si c'est lui qui prescrit grâce à sa vision globale du patient.*

80 **Pour vous, quels sont les facteurs favorisants et limitants votre autonomie ?**

81 *Ben, je dirais le médecin anesthésiste, il peut être un facteur favorisant comme un facteur*  
82 *limitant. (Silence) c'est aussi la personnalité de l'infirmier anesthésie. Je pense que, ...*  
83 *pour moi, l'infirmier anesthésiste doit savoir où est son rôle. Je me répète, mais*  
84 *l'infirmier anesthésiste est là pour appliquer les prescriptions du médecin anesthésiste et*  
85 *en discuter avec lui. Au moins on est là pour voir, on discute avec le patient, on voit des*  
86 *choses que le médecin anesthésiste ne voit pas. Je pense que notre avis est intéressant.*  
87 *Parfois ça peut être sur des choses que nous avons vues ailleurs. J'apporte parfois*  
88 *d'autres idées au médecin anesthésiste sur des pratiques auxquelles il n'a pas pensé. Nous*  
89 *on peut apporter de nouvelles choses. Après c'est le MAR qui décide au final. Moi je*  
90 *pense que la personnalité peut être un facteur favorisant ou limitant. Un IADE qui connaît*  
91 *pas ses limites, c'est un IADE dangereux. Je pense que c'est un métier où il faut avoir*  
92 *confiance en soi, mais il faut aussi savoir écouter ses doutes. Il faut savoir les écouter, et*  
93 *en référer et en parler avec le MAR. Autrement, ça peut être peut-être l'organisation de*

94 *la structure. Cela dépend des structures et de la disponibilité du MAR, a certains endroits,*  
95 *l'autonomie est plus importante. Je pense que cela dépend également de la culture de la*  
96 *structure, et pas seulement son organisation. Il y a des endroits où nous n'avons pas*  
97 *beaucoup d'autonomie, ce n'est pas un manque de confiance en moi par le médecin*  
98 *anesthésiste, mais c'est une structure où ça ne se fait pas. Cela dépend de l'établissement.*  
99 *Pour la confiance en soi, je pense, que c'est plutôt un facteur favorisant. Et je pense que*  
100 *c'est un métier où il faut avoir un minimum de confiance en soi. Je pense qu'il ne faut*  
101 *pas non plus faire n'importe quoi. Je pense que c'est un équilibre. Il faut avoir*  
102 *suffisamment de confiance en soi pour faire le nécessaire. Tu ne peux pas arriver tous les*  
103 *jours stressé, ce n'est pas possible. Tu dois être stressé dans certaines situations, qui pour*  
104 *moi sont des situations d'urgence, qui se passe mal. Mais je pense que le stress n'a pas*  
105 *sa place dans notre profession au quotidien. Et je pense que lorsque tu as un doute, il*  
106 *faut savoir en parler, tu peux ne pas être à l'aise partout, dans tous les domaines. Des*  
107 *fois, y a des choses que tu sais faire, mais ça fait longtemps que tu ne les as pas faites, et*  
108 *je pense qu'il est important de savoir le dire.*

109 **Selon vous, l'IADE prend-il des décisions ?**

110 *Oui, il en prend forcément car il est tout seul en salle. Alors, l'IADE, il a la prise de*  
111 *décision. Moi je prends la décision, je fais des choses, et j'en réfère au médecin*  
112 *anesthésiste. Idéalement, j'en parle avant d'agir. Moi par exemple je vais demander au*  
113 *médecin anesthésiste si je peux antagoniser le patient. Mais je vais pas lui demander les*  
114 *doses à faire, ou comment effectuer le soin. Et parfois il m'arrive que nous n'en n'ayons*  
115 *pas discuté avant et c'est moi qui ai décidé de antagonisée le patient ou pas. Idéalement*  
116 *moi je pense que c'est bien de demander au médecin, mais après c'est toi qui gères le*  
117 *truc. Moi j'estime que la prescription d'antalgiques c'est le médecin qui doit la faire,*  
118 *c'est toi qui décides quand est-ce que tu dois le faire. Après tu sais déjà lorsque tu lis le*  
119 *dossier de ton patient, tu sais déjà si tu vas avoir besoin d'éphédrine, de noradrénaline,*  
120 *des choses que tu vas mettre en place. Et après tu en discutes avec ton médecin. Lorsqu'en*  
121 *salle, j'ai une bradycardie, ou une hypotension, je prends la décision de faire de*  
122 *l'atropine, des catécholamines et puis après j'en réfère au médecin. Mais j'attends pas*  
123 *forcément qu'il soit là. Par exemple s'il y a un saignement, je commence déjà à mettre*  
124 *des choses en place. Mais je le préviens toujours.*

125 **Quels éléments interfèrent sur tes prises de décision ?**

126 *Ça dépend aussi du MAR ... selon sa confiance. Et ben tu t'adaptes, tu me préviens un*  
127 *peu plus vite. Je trouve que tu t'adaptes à la personnalité de ton médecin anesthésiste. Je*  
128 *pense que ça fait partie de ton rôle aussi. Selon la personnalité du MAR. Moi je ne fais*  
129 *pas les choses dans leur dos. Après je m'adapte à la situation. Je vois si j'ai du temps ou*  
130 *pas. Ça dépend du profil du patient. Je prends ma décision en fonction du temps que j'ai,*  
131 *et de l'urgence, du profil du patient.*

132 **Vous arrive-t-il de prendre des décisions par intuition ?**

133 *Ouais, (silence), une part d'intuition. (Silence). Ouais, moi je pense qu'il y a une part*  
134 *d'intuition. Tu sens les choses. Moi je suis très sensible à ça. Je dirais même que je sens*  
135 *le patient. Parfois même avant l'induction. Je pense que dans 99 % des cas, je sens que*  
136 *ça va mal se passer ou qu'il va y avoir une difficulté. Ça c'est ma vision du patient. Je le*  
137 *vois, je lis son dossier, je vois la chirurgie qui va être effectuée, et je me dis bah je vais*  
138 *préparer, par exemple, ici, de la baby Noradré (baby noradrénaline). Quasiment sûre*  
139 *que je vais en avoir besoin. Je pense qu'elle est liée à l'expérience. Elle est vraiment liée*  
140 *à l'expérience. Tu te dis, oh là là, je sens que ça va beurrer.*

141 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant de clôturer cet entretien ?**

142 *Non, non, j'espère avoir été clair.*

143

## 1 **Annexe VI : Retranscription Entretien n°4 (E4)**

2 Femme, IADE, clinique, bloc polyvalent, 39 ans

3 Le 29 mars 2023, à 16h10 ; Durée : 18 min

4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *IADE, je suis diplômée depuis 2012*

6 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

7 *Alors, qu'est-ce qui est essentiel pour moi, à ma pratique quotidienne. (Silence). C'est de*  
8 *ressentir du plaisir pour mon travail. C'est sentir que **mon travail m'apporte encore***  
9 ***quelque chose**. En tout cas, c'est l'essentiel pour moi.*

10 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

11 *Pour moi, pour moi, c'est le médiateur essentiel entre le patient et l'anesthésiste. Parce*  
12 *que je pense que, en règle générale anesthésiste n'est pas là. C'est un médiateur essentiel*  
13 *que ce soit dans le privé ou dans le public, en règle générale. Il y a un moment donné où*  
14 *l'anesthésiste sera présent, où il y aura le patient, et toi tu seras au milieu. Je pense que*  
15 *nous sommes ceux qui sont le plus proche du patient. On est vraiment celui qui est présent*  
16 *auprès du patient du début, à la fin. L'anesthésiste est là de façon ponctuelle. On travaille*  
17 *sous sa responsabilité, mais on assure le suivi du patient du début jusqu'à la fin. On a*  
18 *une place particulière, essentielle, en restant humble. Notre place est importante quoi.*

19 **Selon vous, comment l'IADE développe et acquiert des compétences ?**

20 *L'expérience, déjà. Je pense que l'élément essentiel c'est l'expérience. Après les*  
21 *formations, quand tu n'en as pas, tu te rends compte que ça manque. Surtout en*  
22 *vieillissant car lorsqu'on sort de l'école, on a pas d'expérience. On a plein de choses à*  
23 *apprendre. Moi ça fait plus de 10 ans que je travaille, j'aurais besoin de formation pour*  
24 *me remettre à niveau. Les premières années, c'est l'expérience sur le terrain qui nous*  
25 *manque et après, c'est surtout les formations. Du coup moi j'ai décidé de faire de*  
26 *l'intérim au bout de 10 ans, ça me permet de me rendre compte que j'aime encore mon*  
27 *travail, et de continuer à développer une certaine adaptation, une capacité d'adaptation,*  
28 *et de faire autres choses, de voir autres choses.*

29 **Que représente pour vous l'autonomie de l'IADE ?**

30 *C'est très compliqué. Qu'est-ce que ça représente ? C'est hyper compliqué. C'est réussir*  
31 *à travailler en respectant les règles, c'est-à-dire en suivant notre décret de compétences.*  
32 *Donc c'est réussir à travailler en respectant le décret de compétences. C'est compliqué*  
33 *comme question. Parce que en fait c'est très agréable d'être autonome, c'est pas*  
34 *essentiel, mais presque pour sentir que tu évolue. Mais il faut pas oublier qu'on est pas*  
35 *complètement autonome. On ne sera jamais complètement autonome, parce qu'on est*  
36 *avec un médecin anesthésiste. Quoi que tu fasses, quoi qu'il arrive, tu es sous sa*  
37 *responsabilité. Donc c'est réussir à comprendre, réussir à faire ton travail, comme tu*  
38 *l'entends, avec ton expérience, en n'oubliant pas que tu travailles sous la responsabilité*  
39 *du médecin anesthésiste. Je pense que ça c'est essentiel. Après, plus tu avances dans ton*  
40 *métier, plus tu vas te sentir autonome.*

41 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
42 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

43 *C'est compliqué aussi comme question ... (silence). 7/10 mais ça varie beaucoup selon*  
44 *les MAR.*

45 **Quelles sont les limites de cette autonomie ?**

46 *C'est en ayant conscience que ...Il faut jamais l'oublier que même si toi tu as envie de*  
47 *faire quelque chose, tu peux le proposer, mais tu ne seras pas décisionnaire. Et il faut*  
48 *surtout ne jamais l'être, parce que tu peux mettre tout le monde dans la m...(injure). Pour*  
49 *autant, après, il y a parfois on prend des initiatives. Quand tu n'as pas d'anesthésiste,*  
50 *que tu es dans certaines situations, il y a certaines initiatives que tu prends. Sachant que*  
51 *tu as droit de le faire. Mais la frontière est fine.*

52 **Pour vous, quels sont les facteurs favorisants et limitants votre autonomie ?**

53 *Eh bah le facteur favorisant, oui, alors oui, il y a déjà le milieu dans lequel tu travailles.*  
54 *C'est-à-dire la qualité de l'entente au sein de l'équipe. S'il y a une cohésion au sein de*  
55 *l'équipe d'anesthésie, forcément l'autonomie sera simple à trouver. C'est beaucoup plus*  
56 *simple de te sentir autonome, en prenant des bonnes décisions, et en connaissant tes*  
57 *limites, avec quelqu'un en qui t'as confiance, mais aussi la confiance que la personne a*  
58 *en toi. Où tu travailles avec quelqu'un qui a confiance en toi, qui a cette dualité,*  
59 *l'autonomie est plus simple à trouver. Tu sais qu'on te fait confiance, tu sais quelle*  
60 *décision tu pourras te permettre de prendre. Il ne faut pas qu'elle dépasse tes*

61 *compétences. Je pense que c'est essentiel. Et après, ça dépend de la structure dans*  
62 *laquelle tu travailles. La structure dans laquelle tu travailles. Là aussi, c'est un contrat*  
63 *de confiance.*

64 **Avez-vous déjà eu l'impression de dépasser vos compétences ?**

65 *Non, je ne crois pas. Ou sans m'en rendre compte, patiemment. Parce que, à chaque fois*  
66 *que j'ai pris des grosses décisions, j'ai prévenu le médecin anesthésiste. Honnêtement,*  
67 *non je ne pense pas.*

68 **Selon vous, l'IADE prend-il des décisions ?**

69 *Alors ça dépend. Oui, tu prends plein de décisions en salle, c'est-à-dire que ton*  
70 *anesthésie, tu la gère. Mais ce sont des décisions qui restent dans ton champ de*  
71 *compétences. Forcément, tu as un patient qui bradycarde, tu vas lui faire de l'atropine et*  
72 *tu vas prévenir ton médecin anesthésiste, par exemple. Par contre, tu vois sur une aorte,*  
73 *avant de remplir ton patient... il faut globalement avoir l'accord de l'anesthésiste. Des*  
74 *fois tu sais qu'il faut le faire, mais tu peux pas te permettre de le faire seul.*

75 **Quels éléments interfèrent sur tes prises de décision ?**

76 *Et ben tu t'appuies sur tes connaissances, ton expérience, et je reviens là-dessus mais*  
77 *c'est aussi ton champ de compétence. Et je pense autrement que c'est aussi l'anesthésiste*  
78 *avec qui tu travailles. C'est l'entente que tu as avec anesthésiste.*

79 **Vous arrives-t-il de prendre des décisions par intuition ?**

80 *Non je ne pense pas. Honnêtement pas d'intuition dans mon travail. Là, spontanément,*  
81 *je ne pense pas.*

82 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué durant cet**  
83 **entretien ?**

84 *Je pense que c'est hyper compliqué, parce que, effectivement, tu vois, l'exemple de*  
85 *l'atropine, parfois ça te paraît évident, tu sais que tu dois le faire. Mais des fois, en*  
86 *fonction du patient, de la situation que tu as en face de toi, vu que tu sais que ce n'est pas*  
87 *toi qui va en payer les conséquences, tu appelles le médecin anesthésiste. Ça m'est déjà*  
88 *arrivé. Et je sais qu'il ne m'en reprochera jamais parce que, est-ce que là c'est la bonne*  
89 *décision ? C'est pas sure. C'est important de se poser cette question. Vu que c'est le*  
90 *médecin anesthésiste qui est responsable au final, c'est très compliqué.*

## 1 **Annexe VII : Retranscription Entretien n°5 (E5)**

2 Femme, IADE, clinique, bloc polyvalent, 59 ans

3 Le 29 mars 2023, à 17h05 ; Durée : 27 min

4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *Ça fait depuis 94*

6 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

7 *Qu'est ce qui me semble essentiel à ma pratique quotidienne ? Avoir les bonnes*  
8 *informations et la **sécurité** en anesthésie, et avoir **un bon binôme du point de vue médical.***  
9 *Moi j'aime bien arriver tôt pour préparer ma salle, j'aime bien tout **organiser**, comme*  
10 *j'ai appris à l'école, et que j'applique encore aujourd'hui.*

11 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

12 *Dans la stratégie, (silence), déjà par rapport au dossier du patient, **l'anticipation tous les***  
13 ***drogues qu'on va utiliser et en fonction de l'intervention. C'est de l'adaptation. C'est un***  
14 ***cas concret. Tu fais un cas concret par rapport aux patients, à l'intervention, à l'âge, et***  
15 ***tous les antécédents qu'il a. S'il est ASA1, on utilisera des drogues classiques, s'il est***  
16 ***ASA3, on va plus se pencher sur le dossier regarder ce qu'on peut faire. **Il faut adapter*****  
17 ***l'anesthésie à l'intervention, à la durée de l'intervention. La position aussi du patient est***  
18 ***importante.***

19 **Selon vous, comment l'IADE développe et acquière des compétences ?**

20 *Déjà il y a premièrement les cours et remise à jour surtout. Je trouve ça important en*  
21 *anesthésie. **Il y a souvent des nouveautés, nouvelles connaissances qui arrivent, avec des***  
22 ***études scientifiques, je trouve ça intéressant. **Les curares, le technicage qui change, ça*****  
23 ***évolue. Il y a tous les bouquins d'anesthésie qu'on peut avoir. **Les cours sont une base,*****  
24 ***mais après il faut continuer à se documenter, et puis à se renseigner. **Les médicaments*****  
25 ***qui changent tout le temps, qui peuvent avoir des interférences avec l'anesthésie, il faut***  
26 ***les connaître et s'en rappeler. Il y a tout le temps du changement. **Il faut toujours se*****  
27 ***remettre à jour. Après sur les techniques d'anesthésie et gestes d'urgence, c'est pareil,***  
28 ***ça évolue donc il faut pouvoir faire des formations. C'est ce qu'il manque d'ailleurs. Ça***  
29 ***serait bien de pouvoir faire plus de formations. Puis il y a les congrès qui permettent de***

30 *partager avec des collègues, apprendre de nouvelles choses, d'autres pratiques dans*  
31 *d'autres établissements. Ça c'est intéressant. Je trouve que c'est important de pouvoir*  
32 *aller aux congrès, le MAPAR, la SFAR, et pleins d'autres. Il y a pleins de congrès. Ça*  
33 *évolue assez vite, les pratiques et les prises en charge changent.*

34 **Que représente pour vous l'autonomie de l'infirmier anesthésiste ?**

35 *L'autonomie, bah c'est pouvoir déjà, par rapport au dossier du patient, appréhender*  
36 *l'anesthésie. Quand on prépare des choses, ils sont la plupart du temps d'accord avec ce*  
37 *qu'on a préparé. Après on s'adapte à leurs habitudes, mais il y a de la logique. Et puis*  
38 *l'autonomie après dans la prise de décision sur l'analgésie aussi après ... l'anticipation*  
39 *sur l'analgésie. Et c'est surtout appréhender lorsque tu as un problème qui se présente*  
40 *au niveau du patient, c'est savoir alerter lorsqu'il faut. Ça c'est hyper important. Ce qu'il*  
41 *faut savoir, avoir le réflexe, il y a quelque chose qui ne va pas, vite, j'appelle. Puis déjà*  
42 *essayer d'appréhender les premiers gestes. Autrement, l'autonomie sur le réchauffage,*  
43 *sur l'installation, sur les perfusions, euh, sur l'analgésie aussi parce que c'est toi qui*  
44 *t'adaptes à la chirurgie. C'est toi qui montes et qui descend, qui refait des doses ou pas.*  
45 *C'est toi qui décides de la conduite de l'anesthésie. Tu appelles l'anesthésiste quand tu*  
46 *as un problème. C'est toi qui diriges la continuité de l'anesthésie pour que la chirurgie*  
47 *se passe bien. C'est surtout ça l'autonomie. Et, c'est savoir appeler lorsqu'il y a un*  
48 *problème, et c'est aller chercher le problème aussi, regarder sous les champs, trouver*  
49 *d'où vient le problème. Il faut être vigilant.*

50 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
51 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

52 *Je pense que je l'évaluerais à 5/10 car l'autonomie, c'est MAR-dépendant.*

53 **Quelles sont les limites de cette autonomie ?**

54 *Il faut pas se croire docteur. On est pas des médecins, on a pas leurs études, on a*  
55 *beaucoup de données, mais des fois on maîtrise pas tout. Surtout lorsque les dossiers sont*  
56 *très très compliqués avec des pathologies complexes, ou des patients complexes, fatigués.*  
57 *Des fois, on a peut-être pas suffisamment de connaissances pour bien les appréhender*  
58 *tout seul. Là, il faut savoir demander des conseils et poser des questions, surtout, si c'est*  
59 *des interventions lourdes. Quand il y a des choses qu'on ne maîtrise pas, il faut demander.*  
60 *Il ne faut pas faire n'importe quoi.*

61 **Pour vous, quels sont les facteurs favorisants et limitants votre autonomie ?**

62 *Le médecin, il peut être facilitateur comme limitant. Y'a certaines personnes avec qui tu*  
63 *vas être à l'aise de discuter et avec d'autres moins. Notre fonction est surtout une fonction*  
64 *d'adaptation. Il faut savoir s'adapter. Être capable d'être dans toute situation, critique*  
65 *ou pas. Il arrive même parfois que les médecins se mettent en stress, notre rôle est*  
66 *d'essayer de temporiser un peu. C'est pour ça qu'il faut être bien dans sa tête.*

67 **Avez-vous déjà eu l'impression de dépasser vos compétences ?**

68 *Non, je ne fais pas les choses que je ne connais pas.*

69 **Selon vous, l'IADE prend-il des décisions ?**

70 *Oui, parce que c'est nous qui préparons notre salle, donc on décide de tel ou tel matériel.*  
71 *Ouais, on prend des décisions. T'es sur la conduite de l'anesthésie, c'est pareil, on va*  
72 *faire des drogues à tel moment, etc. Oui, on prend des décisions, oui. Et puis c'est toi qui*  
73 *décides de prévenir à temps. Oui, on prend des décisions.*

74 **Comment prenez-vous des décisions ?**

75 *Je m'appuie sur mes connaissances et mon flair. Ça joue aussi le truc où on dit... celui-*  
76 *ci... je le sens pas.*

77 **Quand vous dites le flair, il vous arrive parfois de prendre des décisions avec le flair?**

78 *Eh bien y a la partie connaissances, et il y a aussi la partie intuition. Il arrive des*  
79 *situations comme des chutes de tension, ou approfondissement de l'anesthésie, changer*  
80 *la position du patient, on peut ressentir la chose. Soit je sens les choses avant, soit c'est*  
81 *pendant, je me dis, oula, il y a un truc qui va pas. On sent les choses avec le temps.*

82 **Qu'est ce qui peut interférer vos prises de décision ?**

83 *Oui, il peut y en avoir. Si je me questionne trop, est-ce que je fais bien ? est-ce que je fais*  
84 *pas bien ? Est-ce que je suis sûre de mon coup ? Des fois quand j'ai un doute, je vais*  
85 *demander à un collègue. Des fois il y a des choses que je ne fais plus et donc il faut que*  
86 *je révise. Il faut te replonger dans les bouquins, te remettre en question.*

87 **Voyez-vous d'autres choses ?**

88 *Non, je ne vois que ça.*

89 **Souhaitez-vous rajouter quelque chose avant de clôturer cet entretien ?**

90 *Non*

## 1 **Annexe VIII : Retranscription Entretien n°6 (E6)**

2 Homme, IADE, hôpital, bloc polyvalent, 37 ans

3 Le 30 mars 2023, à 14h35 ; Durée : 41 min

### 4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *J'ai passé le concours en 2016, je suis rentrée en école d'IADE en 2017 et je suis infirmier*  
6 *anesthésiste depuis 2019.*

### 7 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

8 *L'**autonomie** dans ma pratique profession ... ce côté très spécifique, très **technique**, avec*  
9 *les voies veineuses, les intubations et toutes les procédures. Après sur les pratiques en*  
10 *cours d'anesthésie, c'est vraiment l'**autonomie**. On a le protocole qui est rédigé, qui est*  
11 *proposé par le médecin anesthésiste, après en cours d'intervention, on réinjecte les*  
12 *produits, on réinjecte tout ce qu'il faut. Pour moi, l'essentiel, c'est l'autonomie et le côté*  
13 *technique. C'est vraiment ça qui m'a plu lorsque je suis partie en formation et maintenant*  
14 ***c'est ça qui m'éclate : être autonome.***

### 15 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

16 *Moi je dirais qu'il est force de proposition parce qu'on fait du travail en amont par*  
17 *l'accueil du patient. Garant de la sécurité et ça c'est essentiel. On est garant de la*  
18 *sécurité. On accueille les patients, on vérifie toute la documentation, et on présente*  
19 *brièvement le patient au médecin. On a les choses en tête. Oui, on est force de proposition.*  
20 *Il y a plusieurs stratégies d'anesthésie, de drogues, je propose de faire des choses. Après,*  
21 *c'est le médecin anesthésiste qui a le dernier mot. Je pense que c'est bien d'être force de*  
22 *proposition comme ça. Comme on dirige le reste de l'anesthésie, je trouve ça pas mal.*  
23 *Après le médecin a le dernier mot. S'il me dit on fait ça comme ça... OK, pas de soucis.*  
24 *On s'adapte. On a plusieurs cartes en main, on peut varier.*

### 25 **Selon vous, comment l'IADE développe et acquière des compétences ?**

26 *Bah déjà par la formation, elle ouvre déjà beaucoup de possibilités. Et comme les*  
27 *infirmiers, nous donnent les bases, et on se perfectionne sur le terrain. Comme pour la*  
28 *pratique de la conduite, on nous donne les bases, puis après on se perfectionne sur le*  
29 *terrain. Et puis il y a les collègues. Moi je sais qu'au début ... et même encore ... je trouve*

30 *que dans cette spécialité, il y a beaucoup d'échange sur la façon de procéder, sur les*  
31 *façons de faire. Tiens, tu as utilisé tel produit, ou tu as fait ça comme ça. Il y a aussi les*  
32 *outils qu'on peut avoir comme les curamètres, les sondes d'entropie, etc. Il y a beaucoup*  
33 *d'échange. Il y a la base de données par l'école, et après, y a la réalité de terrain, il y a*  
34 *des façons de faire et donc on s'adapte. Et donc c'est l'échange avec les collègues, la*  
35 *curiosité. La formation, elle amène la curiosité de la recherche scientifique, etc. Je sais*  
36 *que régulièrement on échange avec des collègues sur des études qui sont sorties, etc.*  
37 *C'est ça, c'est continuer à être curieux, échanger avec des collègues.*

38 **Vous avez parlé rapidement de l'autonomie, qu'est-ce que représente l'autonomie**  
39 **de l'IADE, selon vous ?**

40 *Alors, l'autonomie de l'IADE ? Bah, c'est en avoir un ensemble de stratégies*  
41 *d'anesthésie en tête, de proposer au médecin. Après il choisit tel ou tel direction*  
42 *d'anesthésie. Après en cours d'intervention, le médecin, forcément, a d'autres tâches à*  
43 *effectuer, d'autres patients à endormir donc nous on reste autonome. C'est nous qui*  
44 *surveillons la narcose, l'anesthésie, donc là, on allège, on approfondit, on réinjecte les*  
45 *produits. C'est vraiment ce côté-là que j'aime bien. C'est vraiment du cas par cas. On*  
46 *peut faire la même spécialité toute la journée mais chaque patient sera différent. Donc*  
47 *du coup le fait qu'on soit autonome sur notre gestion d'anesthésie, bah on s'adapte sans*  
48 *arrêt. Et, c'est vraiment du cas par cas.*

49 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
50 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

51 *Difficile à dire ... (silence). Je dirais 6 ou 7. Je suis. Encore jeune diplômé, et j'ai pas*  
52 *vécu toutes les situations d'urgence encore donc oui, j'estimerai à 6 même, 6/10. C'est*  
53 *pas facile à évaluer. J'ai encore à progresser.*

54 **Quelles sont les limites de cette autonomie ?**

55 *(Silence) euh, euh ... il y a la gestion d'anesthésie quand tout va bien. Globalement, 99*  
56 *% des interventions se passent bien. Justement, c'est gérer les effets secondaires et les*  
57 *incidents. Notre cœur de métier, c'est de conduire au mieux l'anesthésie, pour que les*  
58 *gens dorment bien, soient suffisamment endormis pour la bonne pratique du chirurgien.*  
59 *On gère tout ce qui est antalgique. Après derrière forcément, il y a une conduite*  
60 *d'anesthésie, qui peut engendrer des effets secondaires. Et suivant les pathologies des*

61 patients, on aura pas la même conduite d'anesthésie. On est formé pour ça, pour être  
62 autonome et surtout être autonome pour la gestion des effets secondaires. Donc c'est  
63 pour ça qu'autonomie et infirmier anesthésiste, ça se rejoint. On peut gérer des  
64 problèmes seuls parce qu'on est formé pour ça. Notamment pour les hypotensions, les  
65 bradycardies, ou à l'inverse, les tachycardies, les hypertensions. Ça, c'est vraiment, tous  
66 ce qui est hémodynamique. Donc ça, on sait le gérer. S'il y a un incident per opératoire,  
67 bah, notre autonomie nous permet de savoir gérer jusqu'à une certaine limite. Après, on  
68 est pas des médecins. Lorsqu'on a utilisé les cartes qui nous sont autorisées à utiliser,  
69 bah moi derrière, si je n'arrive pas à régler un problème de tension par exemple, ou s'il  
70 y a un incident majeur de type hémorragie, ou réaction allergique, etc. Je vais pouvoir  
71 commencer à faire certaines choses dans les premières secondes, mais après il faut  
72 appeler à l'aide. Même si on est autonome, il faut appeler à l'aide. Il faut appeler le  
73 médecin anesthésiste pour dire qu'il s'est passé ça, ça, ça, ça. J'ai fait ça, ça, ça.  
74 Maintenant moi je suis un peu à court de solution donc il faut un autre regard, le regard  
75 médical. Parce qu'on travaille sous responsabilité du médecin, et après ne pas hésiter  
76 non plus, à demander à un autre collègue infirmier anesthésiste pour avoir du monde. Je  
77 pense que c'est ça les limites. On gère une grosse partie des effets secondaires et incidents  
78 mineurs, et quand ça franchit un cap au-dessus, la limite c'est qu'il n'y a pas du taff  
79 (travail) que pour une personne, on est que des infirmiers donc il nous faut le rôle  
80 médical, et appeler à l'aide. Après c'est un peu propre à chacun. Certains vont peut-être  
81 appeler un peu plus à l'aide, plus vite, et puis ça dépend peut-être un peu de l'expérience.  
82 Moi, je sais qu'au tout début sur les premiers mois d'expérience, bon.. bah ... j'étais un  
83 peu plus .. euh ... je savais moins gérer les incidents donc j'appelais peut-être un peu  
84 plus vite. Pour autant, maintenant, j'appelle quand j'ai besoin, il faut aussi alerter.  
85 J'arrive quand même à mieux gérer les incidents seuls qu'au début.

## 86 **Voyez-vous des facteurs favorisant et limitant votre autonomie ?**

87 Mmmh, il y a peut-être une question de spécialités. Moi je suis dans un bloc général, donc  
88 on fait de l'ortho, du viscéral, etc. Il n'y a pas de grosses spécialités de type pédiatrie,  
89 néo-pédiatrie ... donc la limite c'est ça. Vu que je n'en fais pas souvent, je ne suis pas  
90 très à l'aise. Si demain, je devais changer d'établissement, eh bien, je ne serais pas à  
91 l'aise. Ma limite, ça serait ça. Ça serait un facteur limitant, le côté non-pratique. Je pense  
92 qu'on fait bien ce qu'on fait souvent. Quand tu ne fais pas quelque chose depuis très  
93 longtemps, bon... On a toujours les tiroirs de solutions dans la tête, c'est ce que la

94 *formation nous a apportée. Après le facteur favorisant, ce que je retiens, c'est que ce*  
95 *n'est pas parce qu'on a le diplôme, qu'on doit rester sur des acquis. Je pense qu'il y a*  
96 *toujours cette culture d'aller chercher les bonnes pratiques, il y a des bonnes pratiques*  
97 *mises en avant par les experts, c'est bien de se mettre au courant, au goût du jour. Depuis*  
98 *ma formation, même avec l'expérience, il y a des choses que je n'ai pas rencontrées. Par*  
99 *exemple comme un arrêt cardiaque sur table. Mais en discutant avec les collègues, ils*  
100 *ont des expériences intéressantes. Qu'est-ce que tu as mis en place, comment ça s'est*  
101 *passé, etc. Bah moi je trouve que c'est intéressant parce que le jour où ça arrive, tu vas*  
102 *peut-être te rappeler de cette discussion-là. Et puis, la simulation, pour moi, ça c'est*  
103 *vraiment un facteur favorisant, pour gérer les incidents, les différentes autonomies. Au*  
104 *jour le jour, c'est compliqué à mettre en place les simulations, mais je pense que faire ce*  
105 *genre de chose, des petites piqûres de rappel. Pas forcément se mettre dans des scénarios*  
106 *de catastrophe ou en grosse difficulté, mais de truc suffisamment simple. Par exemple*  
107 *l'arrêt cardiaque sur tableau, l'hémorragie de la délivrance. Même si on ne pratique pas,*  
108 *mais on a fait une simulation virtuelle dernièrement, où on proposait des choses sur un*  
109 *ordinateur selon la situation à laquelle on était confronté. Ça permet de se remettre les*  
110 *grandes lignes en tête et les nouvelles recommandations. La simulation pour moi serait*  
111 *un facteur favorisant. C'est bienveillant et je trouve que c'est important.*

112 **Avez-vous déjà eu l'impression de dépasser vos compétences ?**

113 *Bah non, je ne pense pas. Au bloc opératoire, je n'ai pas eu l'impression de dépasser un*  
114 *jour mes compétences. Moi j'appelle dès que j'ai besoin. Je n'ai pas l'impression. Je*  
115 *reste dans mes compétences, celle que j'ai apprise.*

116 **Selon vous, l'IADE prend-il des décisions ?**

117 *Euh, bah ça dépend ... oui, après ça dépend, il y a des temps. A l'accueil du patient, tu*  
118 *vois les dossier, etc, on peut proposer comme je disais une stratégie d'anesthésie qui est*  
119 *validée ou pas par le médecin. Après, en ce qui concerne la sécurité du patient, par*  
120 *exemple, pour moi ça arrive régulièrement, les patients qui par exemple n'ont pas de RAI*  
121 *(recherche d'agglutinines irrégulières). Pour une chirurgie digestive coelio*  
122 *(coelioscopie), moi je prends la décision de... au moment de ...de ... de perfuser le*  
123 *patient, bah je prends un truc en plus pour envoyer des RAI. J'envoie pas forcément mais,*  
124 *ça c'est une décision que je prends. Bon, en règle générale, j'informe quand même le*  
125 *médecin. Après, en cours de conduite d'anesthésie, bah oui, on prend des décisions sans*

126 *arrêt. Euh ... notamment pour réinjecter des produits, euh ... si sur mon scope, je vois*  
127 *que... il me semble que le patient, il est douloureux, bah ...je prends la décision de*  
128 *réinjecter du sufenta. Maintenant, en connaissance de l'avancée de l'intervention, des*  
129 *fois, on peut se dire, bah... il reste plus trop de temps, j'approfondie ou pas mais je prends*  
130 *la décision ou non d'injecter pour gérer la douleur. Pareil pour ce qui est du relâchement*  
131 *du patient avec les curares, je prends la décision de repousser du curare à tel moment*  
132 *parce que je juge que c'est nécessaire. Et puis, comme je te disais tout à l'heure, euh ...*  
133 *à un moment, quand tu as un incident per-opératoire, il faut bien prendre la décision un*  
134 *moment d'appeler à l'aide ou pas. Effectivement, on est très autonome, mais il y a quand*  
135 *même une prise de décision un moment de dire, hop là, là je suis dépassé, j'appelle à*  
136 *l'aide. Où je mets des thérapeutiques en œuvre pour que ça soit gérable pendant quelques*  
137 *secondes, puis je prends la décision d'appeler quand même le médecin. Donc, oui, pour*  
138 *moi, mon métier, c'est de prendre des décisions régulièrement. Après je parle souvent là*  
139 *de gestion de crise, mais aussi sur l'installation du patient, il y a des prises de décision.*  
140 *Globalement, on installe le patient, les médecins anesthésistes sont souvent pas là, euh*  
141 *... souvent les chir (chirurgiens) sont là globalement... les ortho (orthopédistes), je*  
142 *trouve, sont plus présents pour les installations que les autres chirurgiens mais donc ...*  
143 *bon... du coup, il y a une prise de décision sur l'installation du patient par rapport aux*  
144 *IBODE. Donc après, c'est pas une histoire de frontière, on est là pour travailler ensemble*  
145 *et sur certain positionnement, je dis ...non, non, le patient, il va rester comme ça parce*  
146 *que, moi, pour la conduite de mon anesthésie, c'est mieux pour moi, par exemple. Il y a*  
147 *aussi la prise de décision en dehors des relations de binôme là, avec le médecin*  
148 *anesthésiste, il y a aussi les prises de décision par rapport aux chirurgiens, ou par rapport*  
149 *aux IBODE ...ouai ... bien sur. En fait, on prend des décisions tout le temps, ahah. Et en*  
150 *SSPI c'est pareil, nous on a la chance d'avoir deux IADE en permanence ... et... même*  
151 *si tu as un médecin anesthésiste qui est responsable de la SSPI, finalement, moi je*  
152 *remarque que les MAR s'occupent pas trop de la SSPI. On est très autonome sur la SSPI*  
153 *... donc que ... je prends une décision de réinjecter du propofol parce que je trouve que*  
154 *le patient, il est pas bien réveillé, où il a encore la queue de curares. Je prends la décision*  
155 *d'extuber le patient. Tout ça ...ouais... ça fait partie de notre rôle propre. Il y a quand*  
156 *même un moment de décision. On en prend beaucoup.*

157 **Quels éléments interfèrent sur tes prises de décision ?**

158 Ça rejoindrait un peu ce que j'ai dit tout à l'heure sur la conduite d'anesthésie quand il  
159 y a un incident. Je pense que les ressources, ça va être ses propres limites, ses  
160 connaissances. C'est ce qu'on a appris durant ces deux années de formation, sa propre  
161 expérience ...euh ... et puis pareil, les échanges avec ses collègues. Euh (silence), je ne  
162 peux forcément pas avoir vu tous les incidents en plusieurs mois de formation ou même  
163 sur quelques mois de jeune carrière. Donc tes collègues sont une ressource. Autrement,  
164 il y a les recommandations de la SFAR, etc. Et puis, il y a les échanges avec les médecins  
165 aussi, parce que les médecins sont spécialisés dans leur domaine et que ...il y a certaines  
166 questions que tes collègues peuvent pas répondre parce que, forcément, s'ils n'ont pas  
167 eu le cas de tel ou tel truc ... les médecins ont quand même un cran de connaissances en  
168 plus. Donc ...ouais ... régulièrement, les médecins, je m'en sers comme personnes  
169 ressources pour approfondir certaines connaissances, ou pour remettre certaines  
170 connaissances à jour. Après, c'est très médecin dépendant aussi, entre le jeune médecin  
171 qui vient de sortir de la fac et celui qui a déjà quarante ans d'expérience, la ressource ne  
172 sera pas la même non plus quoi. C'est un peu comme quand on a besoin d'un coup de  
173 main, quoi. Je pense que les ressources, c'est les mêmes, c'est l'expérience, c'est ... sa  
174 formation, euh... les revues d'expert ... la remise à jour, les collègues, ouais. Pour moi  
175 c'est ça. (Silence) après la décision médicale... parfois je peux avoir une stratégie en tête  
176 et le médecin n'est pas d'accord avec ça. Alors pourquoi ... il peut y avoir de multiples  
177 raisons...parce qu'il a eu une fois un incident avec tel produit donc il n'est pas rassuré  
178 don ... euh ... bah... le médecin dans un sens, ça peut bloquer dans ce sens-là. Il y a aussi  
179 la limite anesthésie/chirurgie. Moi il y a des choses que je veux faire ou ne pas faire  
180 justement et que le chirurgien ...euh ... du genre, il n'est pas assez curarisé ... bah,  
181 écoute, je viens de réinjecter une bonne dose de curare il y a un quart d'heure donc bon  
182 ... bah, il peut pas me forcer à réinjecter. Après, c'est une question de position.

183 **Vous arrive-t-il parfois de prendre des décisions par intuition ?**

184 Elle est bien cette question parce que j'ai lu un truc justement sur l'intuition et  
185 l'expérience, dans une revue scientifique. Et oui, des fois je fais des décisions par  
186 intuition, et je pense que c'est parce que j'ai gagné en expérience ... qui me fait que ... il  
187 faut que je prenne cette décision à ce moment-là. Je ne pourrais pas l'expliquer pourquoi.  
188 C'est un ensemble de faisceau, c'est une petite voix qui dit, tient... ça serait bien de la  
189 faire. Je pense que .. on dit intuition mais je pense que c'est ... c'est notre expérience,  
190 notre cerveau, notre vision, notre ressenti .. parce que j'ai engrangé de l'expérience, je

191 *me dit, bah ... tiens, à ce moment-là, il faudrait peut-être que je fasse tel geste. On peut*  
192 *dire intuition mais je pense que c'est plus ... j'ai pas d'autre mot pour dire ça. Oui, il y*  
193 *a des choses qui ... je me dis, oui faut que je le fasse ... pourquoi ? j'en sais rien. Bien sûr,*  
194 *on met en lien avec nos connaissances, on connaît les durées d'action des traitements*  
195 *utilisés. Oui ... par intuition ... alors est-ce que c'est le bon mot ? est-ce que c'est le fait*  
196 *que depuis quelque temps j'accumule de l'expérience ? il y a un sens clinique qui*  
197 *développe. Je ne suis pas contre le mot intuition mais on a une formation qui est assez*  
198 *pragmatique, euh ... avec une certaine base scientifique, c'est vrai que parfois l'intuition,*  
199 *ça peut paraître son contraire, mais je pense qu'intuition, sens clinique, pour moi, dans*  
200 *ce domaine-là, ça serait des synonymes. Je pense que l'expérience qu'on acquière font*  
201 *qu'on développe notre sens clinique. Et il y a des choses qu'on fait un peu au feeling quoi.*  
202 *Il y a une certaine intuition, mais aussi des signes qu'on repère, qui allume des*  
203 *voyants rouges.*

204 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué durant cet**  
205 **entretien ?**

206 *Non, la dernière question était intéressante, l'intuition, ça fait aller sur une crête, mais*  
207 *c'est bien, c'est intéressant. C'est dit sans être dit, c'est intéressant comme sujet.*

## 1 **Annexe IX : Retranscription Entretien n°7 (E7)**

2 Homme, IADE, hôpital, bloc polyvalent, 36 ans

3 Le 7 avril 2023, à 18h28 ; Durée : 27 min

4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *Je suis diplômé depuis 2016*

6 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

7 *La chose la plus essentielle pour moi c'est de continuer à apprendre et d'être dans une*  
8 *démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle. C'est être dans une démarche*  
9 *qualité, pas seulement personnelle mais une démarche également d'équipe pour faire*  
10 *évoluer les pratiques.*

11 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

12 *Tout dépend avec quel médecin on travaille et de la place qu'on nous laisse. Des fois,*  
13 *avec certains médecins, la place est grande, ou il faut la prendre car ils ne la prennent*  
14 *pas. Ainsi, on propose des choses, de faire des choses. Avec certains la réponse sera oui*  
15 *à chaque fois et puis, certaines fois, c'est un échange avec les médecins. Dans 70 à 80%*  
16 *des cas, c'est ce qui se passe, on discute avec le médecin. Et il y en a qui compte sur toi,*  
17 *qui te laisse faire et d'autres qui sont très bornés, qui veulent tout maîtriser et qui laissent*  
18 *aucune liberté. Il faut réussir à s'adapter à toutes ces personnes, en restant humble, en*  
19 *gardant ses limites. Les limites réglementaires de la loi, tout ça. Si on me demande*  
20 *d'endormir tout seul un patient, j'endors sous stratégie, pas de soucis et j'appelle le MAR*  
21 *si besoin. Je lui demande son accord, son avis sur ce que je pense mettre en place et il*  
22 *n'y a aucun problème. Il est au courant, il souhaite que je le fasse seul, il est responsable,*  
23 *aucun problème pour moi. Je connais mon travail. Et certains médecins ferment tout. On*  
24 *se retrouve simple exécutant. C'est dur à vivre mais bon, ils sont peu nombreux. Il ne faut*  
25 *pas se formaliser avec ça ! Ils sont comme ça et puis c'est tout. Après pour moi l'IADE,*  
26 *il peut proposer des choses que le médecin n'a pas forcément vu. Ils sont, en règle*  
27 *générale, contents qu'on propose des choses. Ils ont pleins de choses à penser, parfois*  
28 *ils ont la tête ailleurs. Nous, nous sommes focus sur notre patient, des fois on a des bonnes*  
29 *propositions. Et puis à force, on connaît les médecins et ça se fait vraiment naturellement.*  
30 *Ils nous font confiance dans des domaines. On sait ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on*

31 *peut proposer et inversement, ils savent ce dont on est capable, sur quoi ils peuvent nous*  
32 *faire confiance. Naturellement, on propose des choses, des organisations, des actions, ...*

33 **Selon vous, comment l'IADE développe et acquière des compétences ?**

34 *Déjà avoir un peu d'expérience et puis être à l'aise avec la technique, les thérapeutiques,*  
35 *la physio (physiologie). Tout ce qu'on a appris et être capable de mettre en pratique. Il*  
36 *faut savoir jongler avec tout ça. Et puis après, il faut se former. Comme j'ai dit au début,*  
37 *en introduction, continuer à se former. Et après c'est la connaissance des médecins, la*  
38 *connaissance de la réglementation, de notre décret de compétences. Ça va nous permettre*  
39 *d'exercer en connaissant nos limites.*

40 **Que représente pour vous l'autonomie de l'IADE ?**

41 *Euh... l'autonomie de l'IADE ... c'est ça ... c'est travailler en connaissance... enfin on a*  
42 *une autonomie, ça c'est sûr, mais il ne faut pas la dépasser. Par exemple, dans notre*  
43 *décret, il est indiqué que l'IADE fait la réanimation peropératoire mais au bout d'un*  
44 *moment, quand tu as fait des choses ... moi je demande toujours pour la baby nor (baby*  
45 *noradrénaline). Des fois, je mets en place et je dis après mais je dis toujours au médecin.*  
46 *Parfois il faut agir tout de suite. Quand c'est un nouveau médecin, j'aime bien aussi*  
47 *demander, qu'est ce qu'il veut, jusqu'où je peux aller. Comme ça, je sais. L'éphédrine,*  
48 *la phényléphrine, c'est quelque chose qu'on ne demande pas. On fait les choses. On fait,*  
49 *comme on réinjecte du suf (sufenta), on augmente nos gaz. Ça c'est notre rôle propre.*  
50 *C'est l'autonomie de l'IADE. Après sur des thérapeutiques qu'on utilise moins, je préfère*  
51 *demander. Après, il y a aussi au niveau de la formation ... si je dois faire quelque chose*  
52 *que je ne maîtrise pas, je vais demander. Ça peut faire partie de mon décret de*  
53 *compétences mais si je ne maîtrise pas, je vais pas le faire. Je ne vais pas m'aventurer*  
54 *dans quelque chose que je ne maîtrise pas. Je vais demander. Je reste dans mon cadre*  
55 *règlementaire mais je vais pas avoir de difficulté à le faire en autonomie si je maîtrise.*  
56 *Si c'est en accord avec la loi bien sûr.*

57 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
58 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

59 *Je mettrais ... (silence), je mettrais 7/10 car il y a les limites règlementaires et puis la*  
60 *collaboration avec le MAR. Ça dépend beaucoup du MAR avec qui tu travailles aussi. Et*

61 *puis, tout simplement tes compétences. Ça dépend de chaque IADE mais moi je pense que*  
62 *j'évalue mon autonomie à 7/10, oui.*

63 **Quelles sont les limites de cette autonomie ?**

64 *Pour moi il y a les limites personnelles comme j'ai dit, c'est ce que je maîtrise. Il y a les*  
65 *limites règlementaires et les limites du binôme avec le MAR. Comme je disais tout à*  
66 *l'heure, il y a certains médecins qui vont mettre plus de limites que d'autres. La plupart*  
67 *du temps ça se passe super bien et il y en a, ils veulent choisir tout, être prévenus de tout.*  
68 *Je dirais ces trois limites là. La loi, notre savoir et la collaboration avec le MAR.*

69 **Vous est-il déjà arrivé d'avoir l'impression de dépasser vos compétences ?**

70 *(Silence) surement, là j'ai pas d'exemple qui me vient en tête. Une fois, en interim, en*  
71 *urologie, on ne faisait pas d'ultiva habituellement mais là-bas il en faisait, du coup*  
72 *j'avais demandé à mon petit frère qui était à l'école d'IADE de m'expliquer car j'avais*  
73 *besoin de rafraichir mes connaissances. Je n'utilisais pas d'ultiva habituellement et là*  
74 *on avait utilisé ça toute la journée. C'était agréable car j'étais tout seul dans ma salle ce*  
75 *jour-là, j'induisais tout seul. On est responsable des doses, ça c'était très agréable.*  
76 *J'étais pas hors compétence mais ça m'a interpellé et c'était très plaisant. C'était*  
77 *plaisant d'être tout seul sur des choses qui ne sortaient pas de l'ordinaire. Après, si tu as*  
78 *un patient qui est cormack IV, je ne serais pas resté tout seul pour l'induction. J'aurai*  
79 *été hors compétence mais là ça ne me vient pas. Souvent quand on voit ça, on fait toujours*  
80 *un appel à l'aide. On est autonome mais on travaille dans un bloc où il y a un MAR donc*  
81 *on fait toujours un appel à l'aide quand on a besoin. Pour moi, le hors compétence, il ne*  
82 *dure pas longtemps car le MAR arrive très vite. On fait ce qu'il faut en attendant. Moi*  
83 *j'ai pas l'impression d'avoir été dans cette situation de hors compétence. Souvent on*  
84 *appelle à l'aide et les gens viennent.*

85 **Selon vous, l'IADE prend-il des décisions ?**

86 *Bah oui, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Même l'étudiant en prend. Je m'appuie*  
87 *sur mon raisonnement clinique, je pèse le pour et le contre. On a des expériences qui*  
88 *nous servent. La dernière fois j'ai fait comme ça, et des fois je change, j'essaie de faire*  
89 *ça. Il y a aussi l'expérience des autres. Par exemple, lui, il avait fait ça et ça ne s'était*  
90 *pas bien passé donc on va éviter de faire pareil. On va éviter de le faire. Les formations*  
91 *qu'on peut avoir aussi, ça modifie nos façons de faire. Y a aussi les DU (diplômes*

92 universitaires). Là je suis en train de faire un DU formation approfondie pour infirmier  
93 anesthésiste et le BIS (index bispectral) je l'utilisais moins avant. Et en formation, ça m'a  
94 fait un rappel comme quoi il n'y avait pas besoin de la calibrer car ça évalue les ondes  
95 cérébrales donc en fonction des traitements et de l'état des patients, ça nous donne des  
96 indications. *Je n'hésite plus à la mettre en place afin de m'aider à prendre des décisions.*  
97 *Ça permet d'avoir un ajustement adapté, et d'éviter de surdoser les patients. Après je*  
98 *vais toujours rechercher la fiabilité et la cohérence de mes données* mais du coup, je  
99 *n'hésite pas à la mettre dès que j'ai le temps car il n'y a pas de calibrage à faire. Des*  
100 *fois, on est un peu dans le jus, sous pression au début donc je le mets après dès que je*  
101 *suis confortable. Je trouve intéressant d'avoir du matériel supplémentaire afin de nous*  
102 *aider à prendre des décisions et d'avoir une anesthésie au plus juste. Donc ça ce sont des*  
103 *choses qui changent mes pratiques et c'est un paramètre qui va changer ma pratique tout*  
104 *en gardant en tête de vérifier la cohérence et la pertinence du signal comme tout le*  
105 *matériel qui peut être utilisé.*

106 **Quels sont les facteurs limitants et facilitants lors de tes prises de décision ?**

107 (Silence)ça va être ... *on va peut-être prendre plus de décision quand le binôme avec le*  
108 *MAR est ouvert et à l'écoute. On va ... on va devoir prendre des décisions plus rapides*  
109 *lorsqu'il y a des urgences. L'appel à l'aide, c'est aussi une décision mais en attendant*  
110 *que le médecin arrive, il faut bien faire quelque chose. Ce qui me freine à prendre des*  
111 *décisions, ça serait justement de ne pas savoir ... enfin c'est ne pas saisir la situation ...*  
112 *c'est de ne pas comprendre ce qui se passe. Je ne vois pas le diagnostic de ce qui se passe*  
113 *et je n'ai pas la solution donc je prendrais la décision quand même d'appeler quelqu'un.*  
114 *Si on ne prend aucune décision ... on ne va pas rester statique à rien faire. Si besoin, on*  
115 *fait appel à une ressource extérieure, si nos ressources internes nous permettent pas de*  
116 *prendre des décisions.*

117 **Vous est-il déjà arrivé de prendre de décisions par intuition ?**

118 *Oui. Après, on en fait tout le temps des choses sans réfléchir. C'est des automatismes*  
119 *quelque part. Je trouve que plus l'expérience arrive, plus on le fait par intuition mais il*  
120 *faut quand même analyser pourquoi on arrive à cette décision. Il faut déconstruire un*  
121 *peu, pourquoi on arrive à cette décision. C'est sûr que ça va nous permettre de travailler*  
122 *plus rapidement mais ... tous les jours on travaille avec l'intuition car on l'a déjà fait*  
123 *pleins de fois et puis on a déjà connu cette réflexion plusieurs fois donc la route on la*

124 connaît. Comme quand on rentre chez nous, la route on la connaît, on l'a déjà fait à  
125 plusieurs reprises donc on ne réfléchit pas à quelle route on va prendre. Mais des fois,  
126 c'est important aussi de déconstruire ça. Quand on a un élève, par exemple, je trouve que  
127 c'est important. Je trouve qu'à force d'avoir de l'expérience, c'est important de continuer  
128 à déconstruire ça, pour savoir expliquer, savoir pourquoi on fait les choses. Je trouve ça  
129 intéressant. L'intuition, on la retrouve dans les choses qu'on fait tout le temps, les choses  
130 répétitives. Les interventions qui sont un peu plus complexes, où il y a besoins de plus de  
131 surveillance, on se dit là, tout de suite, on est plus dans l'habitude. On va moins utiliser  
132 l'intuition. Je pense que c'est vraiment comme quand on rentre chez nous, on connaît la  
133 route, on la fait pleins de fois, c'est comme d'habitude. La situation peut toujours changer  
134 et donc on ne se retrouve plus dans ce schéma de d'habitude, donc dans ce cas on  
135 bifurque. On n'est plus dans ce schéma d'intuition et dans ce cas, on passe sur un mode  
136 analytique, où tu vas tout analyser. C'est parce que tu travailles en intuition que tu ne  
137 peux pas en sortir très vite dès qu'il se passe quelque chose d'inhabituelle. Dans ce cas  
138 tu sors de ce raisonnement et tu passes vers un raisonnement analytique.

139 **Selon vous, quels éléments peuvent interférer vos prises de décisions ?**

140 Je dirais pareil que pour l'autonomie. Ça dépend du binôme avec le MAR et puis de la  
141 situation de soin. Il faut pas tarder à appeler le MAR et puis dans les situations critiques,  
142 il faut vite réagir et prendre des décisions. Les aides cognitives sont intéressantes pour  
143 ça. Quand on a une situation exceptionnelle, on le voit en simulation, c'est un travail en  
144 équipe et je pense qu'il serait intéressant qu'il y ait une personne qui lise la fiche d'aide  
145 cognitive sur par exemple l'hyperthermie maligne. On a fait ça, ça, ça. Même les  
146 meilleures équipes peuvent oublier un détail. Je trouve que ça rassure tout le monde. Ça  
147 serait intéressant qu'il y ait une personne détachée pour cela sur des situations  
148 inhabituelles, exceptionnelles. Moi par exemple des hyperthermies malignes, je n'en ai  
149 jamais vu, hormis en simulation, et le jour où ça arrive, j'aimerais bien avoir quelqu'un  
150 qui lit la feuille et qui me dise tu as bien fait ci, tu as bien fait ça. Les aides cognitives ont  
151 été faites par la SFAR, il y a juste à les imprimer et les plastifier. Ça serait bien d'avoir  
152 un cahier avec toutes ces aides. Ça c'est pour les situations exceptionnelles parce qu'il  
153 faut être rapide et à plusieurs. Il y a toute une équipe autour et là c'est important dans  
154 cette situation critique d'avoir quelqu'un qui organise. Je pense que c'est ultra important.  
155 Ça serait très pertinent. A par ça, il y a les formations qui permettent ... et la simulation  
156 pour le travail en équipe pour permettre la collaboration avec le MAR et puis pour

157 pouvoir *débrief* sur la communication. Lorsqu'on a besoin d'une ressource extérieure,  
158 comment on appelle à l'aide, comment on communique. Ce sont souvent des problèmes  
159 de communication.

160 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué durant cet**  
161 **entretien ?**

162 Non, dans la formation, j'inclus aussi le fait de *rappeler notre cadre législatif*, ça c'est  
163 un truc important. En formation ils nous ont dit que temps que le but recherché était de  
164 trouver une plus-value pour le patient, on pourrait être défendu comme ça. Il ne faut pas  
165 nuire au patient et *garder en tête nos limites, nos savoirs, les limites réglementaires*.

## 1 **Annexe X : Retranscription Entretien n°8 (E8)**

2 Femme, IADE, hôpital, bloc polyvalent, 60 ans

3 Le 28 mars 2023, à 17h27 ; Durée : 43 min

4 **Depuis quand exercez-vous la profession d'IADE ?**

5 *Ça va faire 35 ans que je suis IADE*

6 **Qu'est-ce qui vous semble essentiel dans votre pratique quotidienne ?**

7 *J'ai choisi ce métier et je continue de le faire car pouvoir endormir les gens et les*  
8 *réveiller, c'est les amener vers **le mieux-être**. C'est pour un mieux après et ça, ça m'a*  
9 *toujours passionné. C'est ce que j'apprécie. Je trouve ça constructif, le **bien des autres**.*  
10 *J'aime beaucoup aussi la **relation avec les anesthésistes**. C'est un vrai travail d'équipe.*  
11 *Je dirais aussi **la rigueur** et puis **l'autonomie** qu'on a.*

12 **Selon vous, quel est le rôle d'IADE dans la stratégie d'anesthésie ?**

13 ***Le rôle essentiel c'est auprès du patient**. C'est d'amener le patient vers un confort au*  
14 *bloc opératoire. Moi j'ai fait des missions extérieures, de l'extra hospitalier en militaire*  
15 *où le but était de soulager les personnes. On était là pour aider les personnes. On*  
16 *s'occupait des militaires blessés mais dès qu'on pouvait, on soignait la population au*  
17 *maximum. Il ne concevait pas ça avec les médecins. Il était important pour nous d'aider*  
18 *au maximum lorsqu'on avait le temps. C'était vrai un esprit de soulager la population.*  
19 *Et depuis que je suis revenue et que je travaille dans des structures adaptées, c'est*  
20 *d'accompagner les patients au bloc opératoire pour un mieux-être après. Je pense que*  
21 *c'est aussi important de bien connaître la pharmacologie, bien connaître sa pratique*  
22 *aussi. Il faut avoir une certaine bienveillance auprès des patients. **Ce n'est pas parce***  
23 ***qu'on est au bloc opératoire qu'il n'y a pas de relation avec les patients**. Elle est*  
24 ***différente de ce qu'on connaît avant car les patients sont endormis mais il y a l'avant et***  
25 ***l'après**. C'est énorme je trouve. **Ça joue énormément**. Ça on s'en rend compte quand on*  
26 *passé de l'autre côté. Et puis je pense qu'il faut savoir **rester à sa place**, se remettre en*  
27 *question régulièrement. **L'anesthésie évolue très rapidement, ça ne cesse d'évoluer**. Moi*  
28 *j'ai commencé l'anesthésie avec l'arrivée du diprivan dans les blocs. Et c'est ça que je*  
29 *regrette en France, c'est qu'on n'a pas de formation continue. C'est à toi de te débrouiller*

30 pour te mettre à jour. J'avais été à un congrès mondial en 2000 aux États-Unis, on était  
31 arriéré par rapport au reste du monde. C'était à Chicago en 2000.

32 **Vous avez déjà mis en avant des congrès, de la formation continue mais voyez-vous**  
33 **d'autre moyen pour développer et acquérir des compétences ?**

34 *Il y a la pratique ... l'expérience. Moi je trouve qu'une chose positive, c'est de changer*  
35 *... de changer d'établissement, de changer de collègue. Je pense que ça permet d'ouvrir*  
36 *son esprit et de s'adapter. On apprend beaucoup de chose à travers les rencontres. Ça*  
37 *implique beaucoup de choses donc c'est pas évident pour quelqu'un de marié, en couple*  
38 *avec des enfants mais je trouve que ça apporte une richesse et une ouverture sur d'autres*  
39 *manières de faire et de travailler. C'est ne pas s'enfermer dans un carcan. Moi je peux*  
40 *le faire et je m'autorise ça depuis trois ans. Finalement, c'est une bonne chose en dehors*  
41 *des formations. Où il faudrait un turn over entre les structures mais ça ne serait pas*  
42 *évident. Je pense que la formation continue est importante aussi et c'est mon regret.*  
43 *J'aimerais pouvoir me former plus. Je pense que c'est important d'aller à des congrès,*  
44 *de continuer à s'informer sur les nouvelles pratiques. On est vraiment en retard sur ça*  
45 *en France.*

46 **Que représente pour vous l'autonomie de l'IADE ?**

47 *Alors moi j'ai une formation militaire donc on m'a formée à être autonome. Je me suis*  
48 *déjà retrouvée à travailler sans MAR sur place mais ça c'était des situations*  
49 *particulières. On nous formait à cela avec une très grande rigueur. Ça, c'est quelque*  
50 *chose qui est important la rigueur. Moi j'ai été formée comme ça. Après, je ne suis pas*  
51 *médecin. Je ne me permettrais pas de travailler sans médecin. Dans les textes, on peut*  
52 *endormir et réveiller seul les patients à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout*  
53 *moment. C'est la réalité. C'est ce qui est reconnu et accepté. Après, il faut connaître ses*  
54 *limites. Il ne faut pas hésiter à appeler. Le dossier du patient, on en parle toujours avant*  
55 *avec le médecin et le patient. Je vais faire ça, est ce que tu es d'accord. Et si j'ai un*  
56 *problème ou une difficulté, on est jamais seul. C'est une règle de base de ne jamais*  
57 *endormir tout seul, sans IBODE, sans personne en salle car s'il y a besoin d'alerter, ils*  
58 *sont là. Il faut savoir ce qu'on est capable de faire, il faut en avoir conscience. Il faut se*  
59 *sentir capable aussi d'endormir quelqu'un seul, sans médecin à côté. Ça c'est*  
60 *l'expérience qui fait ça. Après je m'adapte à chaque établissement.*

61 **Où vous placeriez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant la**  
62 **dépendance et 10 l'autonomie professionnelle ?**

63 *Je te dirais ... (silence) 8/10. C'est difficile d'évaluer car ça dépend des structures dans*  
64 *lesquelles je travaille mais en moyenne.*

65 **Quelles sont les limites de cette autonomie ?**

66 *Les patients ASA 3, ASA 4, moi je ne me sentirais pas ... les enfants aussi ... moi ce sont*  
67 *mes limites. Pour les enfants je préfère qu'on soit à quatre mains. Moi je n'ai pas trop*  
68 *l'habitude des enfants, je n'en ai pas fait beaucoup. Et il ne faut pas oublier qu'on n'est*  
69 *pas médecin. C'est important.*

70 **Pour vous, quels sont les facteurs favorisants et limitants votre autonomie ?**

71 *Je pense que c'est la personnalité de chacun déjà. Je pense que ça dépend de notre*  
72 *personnalité et celle du médecin avec qui on travaille. Moi ça m'a toujours plu*  
73 *l'anesthésie, j'y ai mis ce que j'ai en moi. Je pense que ça dépend de la personne. Je ne*  
74 *parle pas de jugement mais je pense que chacun doit être à même de savoir ses capacités.*  
75 *Moi je comprends que lorsqu'on sort de l'école, on peut avoir des besoins d'être*  
76 *accompagné et que on ne se sent pas d'être seul. Je pense que ça ce sont des facteurs*  
77 *internes et en facteurs externes, ça dépend des établissements, de leur organisation.*

78 **Avez-vous déjà eu l'impression de dépasser vos compétences ?**

79 *Oui, une fois, je suis sortie de salle et j'étais toute seule, le médecin m'avait oubliée. Le*  
80 *médecin avait oublié qu'il restait une chirurgie en cours donc il était parti de la structure.*  
81 *Ça été une situation exceptionnelle. Autrement, non, je ne pense pas. Je n'ai jamais eu*  
82 *l'impression de dépasser mes compétences.*

83 **Selon vous, l'IADE prend-il des décisions ?**

84 *Oui, ça peut arriver de prendre des décisions. Des fois on voit des choses que le médecin*  
85 *ne voit pas. Je pense que la check list est intéressante pour ça. Tu peux te rendre compte*  
86 *qu'il y a des allergies, un pacemaker, ce genre de chose. Les prises de décisions peuvent*  
87 *être thérapeutique pour le patient. Je pense qu'on peut être amené à prendre des*  
88 *décisions car on est humain donc il peut y avoir des oublis. Je pense qu'on a notre rôle à*  
89 *jouer dans la prise de décision. Tu connais le dossier de ton patient, tu connais ton*  
90 *patient. Ça demande une certaine rigueur. En per op (per opératoire), selon*

91 *l'établissement, ça m'arrive de mettre de la noradré (noradrénaline). Ça arrive aussi en*  
92 *ortho que le médecin ne puisse plus rentrer du point de vue infectieux et donc tu prends*  
93 *des décisions. On parle de protocole mais c'est souvent des informations orales. Et puis,*  
94 *ça dépend aussi des médecins et de leurs habitudes.*

95 **Quels éléments interfèrent sur tes prises de décision ?**

96 *Ça dépend de l'urgence car si le patient chute en tension et qu'il y a un saignement, il*  
97 *faut vite prendre la décision de faire appeler le médecin et puis je vais agir. Par exemple*  
98 *lever les jambes, poser une deuxième voie et demander que quelqu'un appelle pour moi*  
99 *car je ne vais pas réussir à me libérer rapidement. Il faut que quelqu'un appelle vite. Je*  
100 *vais de suite agir en connaissance de cause. C'est là que tu vas prendre des décisions.*  
101 *En fonction de l'urgence, tu dois t'adapter. Et puis, en fonction des médecins*  
102 *anesthésistes, ils ont leur façon de travailler. Je pense qu'il faut rester humble. Il y a*  
103 *différentes façons de travailler et il y a du bon à prendre partout.*

104 **Vous arrive-t-il de prendre des décisions par intuition ?**

105 *Ressentir le patient, oui. Tu sens ton patient, tu te fies à la clinique. Comme je te disais,*  
106 *avant, on apprenait avec beaucoup de rigueur et dans le temps, on se fiait beaucoup à la*  
107 *clinique. Maintenant, on a les monitorages que nous n'avions pas dans le temps qui*  
108 *aident à prendre des décisions. Je trouve que la clinique, c'est très important... de*  
109 *regarder ton patient. Moi on disait dans le temps, il faut qu'il soit rose et sec. C'était*  
110 *comme ça qu'on travaillait. De voir le patient, de discuter avec lui et de prendre toutes*  
111 *les informations, ça permet de ressentir les choses. Tu t'adaptes à tout ça. Moi je me fie*  
112 *souvent à ce que je ressens avec l'expérience.*

113 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué durant cet**  
114 **entretien ?**

115 *Non, j'aime partager mon expérience et je pense que je pourrais te transmettre encore*  
116 *pleins d'autres choses mais j'espère déjà t'avoir aidé dans ton travail.*

## Annexe XI : Grille d'analyse

Thèmes	Sous thèmes	Verbatim(s)
Rôle de l'IADE	Compétences essentielles	<p><i>Autonomie (E1, L7) travailler en collaboration avec un médecin (E1, L7-8)</i></p> <p><i>La rigueur et le relationnel (E2, L7) organisation (E2, L8) autonome (E2, L8) technique (E2, L9)</i></p> <p><i>Autonomie (E3, L10) organisation (E3, L10) bonne entente avec le médecin anesthésiste (E3, L9) équipe (E3, L8)</i></p> <p><i>mon travail m'apporte encore quelque chose (E4, L8-9)</i></p> <p><i>sécurité (E5, L8) un bon binôme du point de vue médical (E5, L8) organiser (E5, L9)</i></p> <p><i>autonomie (E6, L8) Technique (E6, L8)</i></p> <p><i>continuer à apprendre (E7, L7) évaluation de sa pratique professionnelle (E7, L8) équipe (E7, L9)</i></p> <p><i>le mieux-être (E8, L8) bien des autres (E8, L9) relation avec les anesthésistes (E8, L10) équipe (E8, L10) la rigueur (E8, L11) autonomie (E8, L11)</i></p>
	l'IADE dans la stratégie d'anesthésie	<p><i>c'est l'analyse des patients, l'analyse des dossiers (E1, L15) on pourrait leur apporter des éléments supplémentaires (E1, L18-19) Je ne pense pas qu'avec la pratique que j'ai, que je peux décider à la place du médecin (E1, L23-24) . Ça reste une discussion (E1, L24)</i></p> <p><i>rôle de l'IADE est essentiel. L'IADE, pour moi, il applique la prescription du médecin (E3, L13-14) je pense que l'IADE n'est pas qu'un simple exécutant. Il travaille en collaboration avec le médecin anesthésiste et les autres intervenants. Et c'est un collaborateur du médecin anesthésiste. Il est là pour appliquer la prescription du médecin anesthésiste, mais il est aussi là pour en</i></p>

		<p><i>discuter (E3, L15 à 19) je pense que notre opinion compte. Alors, j'ai à plusieurs reprises, discuté des stratégies appliquées avec le médecin, et moi je me vois vraiment comme un collaborateur (E3, L20 à 22) L'IADÉ discute avec le médecin anesthésiste de la stratégie d'anesthésie (E3, L25-26) adapte l'anesthésie durant l'intervention donc je trouve qu'il a sa place dans la discussion de la stratégie d'anesthésie (E3, L27-28)</i></p> <p><i>c'est le médiateur essentiel entre le patient et l'anesthésiste (E4, L11) On a une place particulière, essentielle (E4, L17-18) Notre place est importante (E4, L18)</i></p> <p><i>l'anticipation tous les drogues qu'on va utiliser et en fonction de l'intervention (E5, L12-13) C'est de l'adaptation (E5, L13) Il faut adapter l'anesthésie à l'intervention (E5, 16-17)</i></p> <p><i>il est force de proposition parce qu'on fait du travail en amont par l'accueil du patient. Garant de la sécurité et ça c'est essentiel. On est garant de la sécurité (E6, L16-17) on est force de proposition. Il y a plusieurs stratégies d'anesthésie, de drogues, je propose de faire des choses. Après, c'est le médecin anesthésiste qui a le dernier mot (E6, L19-20)</i></p> <p><i>on propose des choses, de faire des choses (E7, L14) c'est un échange avec les médecins (E7, L15) on discute avec le médecin (E7, L16) l'IADÉ, il peut proposer des choses que le médecin n'a pas forcément vu (E7, L25-26)</i></p>
	Proximité du patient	<p><i>On voit le patient durant une période courte, mais ce moment est intense (E2, L9-10)</i></p> <p><i>L'IADÉ c'est déjà la personne qui accueille en premier le patient. Donc c'est la personne qui va rassurer le patient (E3, L14- 15)</i></p> <p><i>On accueille les patients (E6, L18)</i></p>

		<p><i>Le rôle essentiel c'est auprès du patient (E8, L13) Ce n'est pas parce qu'on est au bloc opératoire qu'il n'y a pas de relation avec les patients. Elle est différente de ce qu'on connaît avant car les patients sont endormis mais il y a l'avant et l'après. C'est énorme je trouve. Ça joue énormément (E8, L22 à 25)</i></p>
	<p>IADE autonome en per opératoire</p>	<p><i>il arrive qu'on soit seul en salle et qu'on soit aussi confronté à de l'urgence (E1, L82-83) car l'IADE connaît très bien le malade qu'il prend en charge, il connaît bien son dossier. Il connaît bien la manière dont s'est passé l'anesthésie car il est en salle tout le temps, du début à la fin (E1, L90 à 92)</i></p> <p><i>L'IADE, lui, c'est celui qui va rester tout le temps de l'intervention en salle. Le médecin anesthésiste est là lors de moments importants comme l'induction, mais ensuite il n'est pas forcément en salle (E3, L22-23) c'est lui qui est en salle après (E3, L26) A partir du moment où l'IADE passe quand même énormément de temps tout seul en salle (E3, L4 -42 ) Il y a des endroits où l'IADE travaille tout seul toute la journée (E3, L51-52)</i></p> <p><i>Il y a un moment donné où l'anesthésiste sera présent, où il y aura le patient, et toi tu seras au milieu. Je pense que nous sommes ceux qui sont le plus proche du patient. On est vraiment celui qui est présent auprès du patient du début, à la fin. L'anesthésiste est là de façon ponctuelle (4) on assure le suivi du patient du début jusqu'à la fin (E4, L13 à 17)</i></p> <p><i>Après en cours d'intervention, le médecin, forcément, a d'autres tâches à effectuer, d'autres patients à endormir donc nous on reste autonome (E6, L42-43)</i></p> <p><i>nous sommes focus sur notre patient (E7, L28)</i></p>

Autonomie	Notion compliquée	<i>C'est très compliqué (E4, L30) C'est hyper compliqué (E4, L30) C'est compliqué comme question (E4, L32-33)</i>
	Autonomie de l'IADE	<p><i>La première chose c'est l'autonomie (E1, L7) on a envie d'être autonome (E1, L11) on doit être autonome (E2, L8) Moi je trouve que nous sommes autonomes (E2, L47) l'autonomie qu'on peut avoir (E3, L10) un acteur de santé autonome (E3, L46) quelqu'un qui peut être parfaitement autonome (E3, L54) Je pense que l'autonomie, elle est très importante (E3, L50) on peut avoir une parfaite autonomie (E3, L56) on est pas complètement autonome (E4, L34-35) l'autonomie sur le réchauffage, sur l'installation, sur les perfusions, euh, sur l'analgésie ... (E5, L42-43) c'est ça qui m'éclate : être autonome (E6, L14) nous on reste autonome (E6, L43) on est très autonome (E6, L43) on a une autonomie, ça c'est sûr (E7, L41-42) On est autonome (E7, L80) l'autonomie qu'on a (E8, L11) on m'a formée à être autonome (E8, L47)</i></p>
	Liberté	<p><i>c'était une toute autre autonomie. Moi je trouve que nous sommes autonomes, tout en restant en sécurité (E2, L47-48) Après tu as ta liberté, avec tes protocoles (E2, L50-51) C'est une liberté de pouvoir faire des choses, mais de manière sécurisée (E2, L52) qui veulent tout maîtriser et qui laissent aucune liberté (E7, L17-18)</i></p>
	Reconnaissance	<p><i>l'autonomie, c'est pour moi, c'est déjà que notre profession soit reconnue. Je pense que même jeune diplômé, nous sommes reconnus par les anesthésistes avec qui nous travaillons (E1, L58 à 60)</i></p>

		<p><i>Je pense que l'autonomie, elle est très importante en fait, elle est très importante mais pas forcément reconnue (E3, L50-51)</i></p> <p><i>C'est ce qui est reconnu et accepté (E8, L53)</i></p>
	<p>Autonomie dans l'action</p>	<p><i>l'IADE qui fait perdurer la stratégie d'anesthésie (E3, L44) Même si à la base il a un rôle sur prescription, voilà, c'est lui qui est là, c'est lui qui, euh... qui réagit lorsque ça commence à mal se passer (E3, L46 à 48) il n'attend pas que le médecin arrive pour réagir. C'est lui qui fait le réveil tout seul aussi (E3, L49-50)</i></p> <p><i>on commence à faire des choses, mais la première action, c'est prévenir (E3, L71) on a la maîtrise de l'anesthésie, on est avant tout quelqu'un qui apporte de l'expertise, de la technicité (E3, L75-76)</i></p> <p><i>appréhender l'anesthésie (E5, L35-36) on prépare des choses (E5, L36) on s'adapte (E5, L37) l'autonomie après dans la prise de décision (E5, L38) appréhender lorsque tu as un problème qui se présente au niveau du patient, c'est savoir alerter (E5, L39-40) l'autonomie sur le réchauffage, sur l'installation, sur les perfusions, euh, sur l'analgésie aussi parce que c'est toi qui t'adaptes à la chirurgie. C'est toi qui montes et qui descend, qui refait des doses ou pas. C'est toi qui décides de la conduite de l'anesthésie (E5, L42 à 45) C'est toi qui diriges la continuité de l'anesthésie pour que la chirurgie se passe bien (E5, L46-47) c'est savoir appeler lorsqu'il y a un problème, et c'est aller chercher le problème aussi, regarder sous les champs, trouver d'où vient le problème (E5, L47-48)</i></p> <p><i>C'est nous qui surveillons la narcose, l'anesthésie, donc là, on allège, on approfondit, on réinjecte les produits (E6, L43 à 45) C'est vraiment du cas par cas (E6, L45) chaque patient sera différent</i></p>

		<p>(E6, L46) on soit autonome sur notre gestion d'anesthésie (E6, L47) on s'adapte sans arrêt (E6, L47-48) c'est gérer les effets secondaires et les incidents (E6, L56) c'est de conduire au mieux l'anesthésie, pour que les gens dorment bien, soient suffisamment endormis pour la bonne pratique du chirurgien (E6, L57-58) On gère tout ce qui est antalgique (E6, L59)</p> <p>On fait les choses. On fait, comme on réinjecte (...), on augmente nos gaz (E7, L48-49)</p>
	Autonomie collaborative	<p>Après, je trouve que moi l'autonomie, (silence), c'est un travail d'équipe. C'est être autonome en équipe. Pour moi c'est pas être toute seule derrière mon champ. On est seul sans être seul. Moi je vais poser des questions aux anesthésistes, mais aussi beaucoup avec l'équipe chirurgicale. Et ça, ça te rend autonome cet échange-là. Seul, et c'est ça qui est intéressant. Tu es autonome, mais c'est pas tu es autonome toute seule dans ton coin en anesthésie. C'est un travail d'équipe entre la partie anesthésie, et la partie chirurgie. Pour moi, l'autonomie, c'est bosser en équipe complète. Ça c'est chouette. Pour moi, tu es autonome lorsque tu sais travailler seul, travailler avec les autres. C'est un ensemble. L'autonomie, c'est pas la solitude (E2, L80 à 89) L'autonomie, c'est pas la solitude (E2, L89)</p> <p>reste un véritable travail de collaboration (E3, L40-41)</p> <p>il faut pas oublier qu'on est pas complètement autonome. On ne sera jamais complètement autonome, parce qu'on est avec un médecin anesthésiste (E4, L35-36)</p> <p>c'est pas une histoire de frontière, on est là pour travailler ensemble (E6, L144)</p> <p>on est jamais seul (E8, L56)</p>
	Responsabilité	<p>La responsabilité du MAR est quand même entièrement engagée dans toute anesthésie qui se fait (E3, L69-70)</p>

		<p><i>Quoi que tu fasses, quoi qu'il arrive, tu es sous sa responsabilité (E4, L36-37) c'est réussir à comprendre, réussir à faire ton travail, comme tu l'entends, avec ton expérience, en n'oubliant pas que tu travailles sous la responsabilité du médecin anesthésiste (E4, L37 à 39) Vu que c'est le médecin anesthésiste qui est responsable au final (E4, L89-90)</i></p> <p><i>Parce qu'on travaille sous responsabilité du médecin (E6, L75)</i></p> <p><i>il est responsable (E7, L22)</i></p>
	Plaisir	<p><i>plus les années passent et plus l'expérience est là, et plus on a envie d'être autonome (E1, L10-11)</i></p> <p><i>Parce que en fait c'est très agréable d'être autonome, c'est pas essentiel, mais presque pour sentir que tu évolue (E4, L33-34)</i></p> <p><i>c'est ça qui m'éclate : être autonome (E6, L14) C'est vraiment ce côté-là que j'aime bien (E6, L45)</i></p> <p><i>certaines médecins ferment tout. On se retrouve simple exécutant. C'est dur à vivre mais bon (E7, L23-24) C'était agréable car j'étais tout seul dans ma salle ce jour-là, j'induisais tout seul. On est responsable des doses, ça c'était très agréable (E7, L74-75) c'était très plaisant. C'était plaisant d'être tout seul sur (E7, L76-77)</i></p>
Construction de l'autonomie	Formation	<p><i>déjà la formation qui est complète (E1, L42)</i></p> <p><i>J'ai trouvé ça difficile au début et puis au fur et à mesure du temps j'ai gagné en autonomie, j'ai appris avec mes collègues plus expérimentés dans le service. Ça a été pour moi une expérience riche (E2, L44 à 47)</i></p>

	<p><i>je trouve qu'on a une formation qui est complète. Je trouve que la formation est importante et nécessaire. Je pense qu'on est bien formé. Je pense que ce n'est pas une formation qui doit être revue au rabais. Ces deux ans de formations sont nécessaires. Moi je ne me suis pas senti en difficulté quand j'ai commencé. Je pense que j'avais des compétences qui étaient acquises suite à la formation (E3, L30 à 34) Après voilà, je pense que l'IADE, de par sa formation, ses acquis (...)est quelqu'un qui peut être parfaitement autonome (E3, L53-54)</i></p> <p><i>Après les formations, quand tu n'en as pas, tu te rends compte que ça manque. Surtout en vieillissant (E4, L20 à 22) On a plein de choses à apprendre. Moi ça fait plus de 10 ans que je travaille, j'aurais besoin de formation pour me remettre à niveau. (E4, L22 à 24) Les premières années, c'est l'expérience sur le terrain qui nous manque et après, c'est surtout les formations (E4, L24-25)</i></p> <p><i>Les cours sont une base, mais après il faut continuer à se documenter, et puis à se renseigner (E5, L23-24) Il faut toujours se remettre à jour (E5, L26-27) il faut pouvoir faire des formations. C'est ce qu'il manque d'ailleurs. Ça serait bien de pouvoir faire plus de formations (E5, L28-29) la formation, elle ouvre déjà beaucoup de possibilités (E6, L26) nous donnent les bases (E6, L27) Comme pour la pratique de la conduite, on nous donne les bases (E6, L27-26) Il y a la base de données par l'école (E6, L33) On est formé pour ça, pour être autonome et surtout être autonome pour la gestion des effets secondaires (E6, L61-62) On peut gérer des problèmes seuls parce qu'on est formé pour ça (E6, L63-64) On a toujours les tiroirs de solutions dans la tête, c'est ce que la formation nous a apportée (E6, L93-94) , c'est que ce n'est pas parce qu'on a le diplôme, qu'on doit rester sur des acquis. Je pense qu'il y a toujours cette culture d'aller chercher les</i></p>
--	---

		<p><i>bonnes pratiques, il y a des bonnes pratiques mises en avant par les experts, c'est bien de se mettre au courant, au goût du jour (E6, L94 à 97)</i></p> <p><i>Tout ce qu'on a appris et être capable de mettre en pratique (E7, L35) il faut se former (E7, L36) on m'a formée à être autonome (E8, L47) On nous formait à cela avec une très grande rigueur (E8, L49) Moi j'ai été formée comme ça (E8, L50)</i></p>
	Expérience	<p><i>c'est de l'expérience qui permet d'être meilleur chaque jour, je pense (E1, L(0-51) Je pense que l'expérience le quotidien, euh, les différents secteurs d'activité, je trouve que le fait d'évoluer dans plusieurs sites, dans plusieurs domaines, ça enrichi sur le plan professionnel et sur le plan de l'expérience, ça c'est sûr (E1, L42 à 45) je trouve que tout est complémentaire de tout (E1, L46) les facteurs favorisant c'est l'expérience (E1, L73) Je pense que ça permet d'élargir son champ de travail et de compétences de visibilité ainsi que d'autres méthodes de voire d'autres techniques, à travers les rencontres, ça peut être un désavantage, ou au contraire d'avoir des personnes de l'extérieur, c'est aussi être intéressant dans ce cadre-là (E1, L123 à 126)</i></p> <p><i>Je dirais que ça dépend un peu de ton nombre d'années d'expérience. Quand tu débutes t'as plutôt tendance à suivre le médecin anesthésiste et c'est normal (E2, L13-14) , l'expérience, les bonnes et les mauvaises, avec les échanges que tu peux avoir avec ton médecin anesthésiste, les partages d'expérience, grâce à ses échanges, on apprend et on réadapte nos pratiques (E2, L28 à 30) Du coup tu développes des compétences, en échangeant avec tes collègues, avec les différents intervenants, les personnes avec qui tu travailles, en connaissant ton environnement (E2, L32 à 34) c'est par des échanges avec les médecins anesthésistes qui sont allés à des différents congrès ou formations (E2, L37-38) j'ai appris avec mes collègues plus expérimentés</i></p>

	<p><i>dans le service (E2, L45-46) en fonction de tes années d'expérience, tu n'appelles pas au même moment, tu n'appelles pas pour les mêmes choses (E2, L54-55) Et même avec l'expérience, j'appelle encore aujourd'hui (E2, L62-63) Puis avec le temps, tu gagnes de l'expérience et donc de l'autonomie. Ton expérience te permet d'être plus autonome, tu es plus à l'aise, tu es plus apaisée, ton regard s'élargit. Tu arrives à faire plus de choses en même temps, tu deviens plus efficace (E2, L73 à 76)</i></p> <p><i>après elles se sont perfectionnées avec le temps. Je pense aussi que les différentes rencontres, les différents MAR avec qui j'ai travaillé, les différents collègues avec qui j'ai pu travailler m'ont permis, les collègues plus anciens IADE, et l'expérience (E3, L34 à 37) Après voilà, je pense que l'IADE, de par (...) ses expériences, est quelqu'un qui peut être parfaitement autonome (E3, L53-54) Après avec l'expérience, je développe cette vision, mais je n'ai pas cette vision totale ou globale que le MAR a (E3, L59-60)</i></p> <p><i>L'expérience, déjà. Je pense que l'élément essentiel c'est l'expérience (E4, L20) lorsqu'on sort de l'école, on a pas d'expérience (E4, L22) plus tu avances dans ton métier, plus tu vas te sentir autonome (E4, L39-40)</i></p> <p><i>et on se perfectionne sur le terrain (E6, L27) puis après on se perfectionne sur le terrain (E6, L28-29) , il y a beaucoup d'échange sur la façon de procéder, sur les façons de faire (E6, L30-31) y a la réalité de terrain, il y a des façons de faire et donc on s'adapte (E6, L33-34) l'échange avec les collègues, la curiosité (E6, L34-35) régulièrement on échange avec des collègues sur des études qui sont sorties (E6, L36) c'est continuer à être curieux, échanger avec des collègues (E6, L37) . Certains vont peut-être appeler un peu plus à l'aide, plus vite, et puis ça dépend peut-être</i></p>
--	--

		<p><i>un peu de l'expérience (E6, L80-81) je sais qu'au tout début sur les premiers mois d'expérience, bon.. bah ... j'étais un peu plus .. euh ... je savais moins gérer les incidents donc j'appelais peut-être un peu plus vite (E6, L82 à 84) J'arrive quand même à mieux gérer les incidents seuls qu'au début (E6, L85) . Mais en discutant avec les collègues, ils ont des expériences intéressantes. Qu'est-ce que tu as mis en place, comment ça s'est passé, etc. Bah moi je trouve que c'est intéressant parce que le jour où ça arrive, tu vas peut-être te rappeler de cette discussion-là. (E6, L99 à 102) puis pareil, les échanges avec ses collègues. Donc tes collègues sont une ressource il y a les échanges avec les médecins aussi, parce que les médecins sont spécialisés dans leur domaine (E6, L164-165) les médecins, je m'en sers comme personnes ressources pour approfondir certaines connaissances, ou pour remettre certaines connaissances à jour. Après, c'est très médecin dépendant aussi, entre le jeune médecin qui vient de sortir de la fac et celui qui a déjà quarante ans d'expérience, la ressource ne sera pas la même non plus quoi. C'est un peu comme quand on a besoin d'un coup de main, quoi. Je pense que les ressources, c'est les mêmes, c'est l'expérience (E6, L168 à 173)</i></p> <p><i>avoir un peu d'expérience (E7, L34) Il y a aussi l'expérience des autres (E7, L89)</i></p> <p><i>Il y a la pratique ... l'expérience (E8, L34) c'est de changer ... de changer d'établissement (E8, L34-35) ça permet d'ouvrir son esprit et de s'adapter. On apprend beaucoup de chose à travers les rencontres (E8, L35-36) Ça c'est l'expérience qui fait ça (E8, L59-60) Moi je comprends que lorsqu'on sort de l'école, on peut avoir des besoins d'être accompagné et que on ne se sent pas d'être seul (E8, L75- 76)</i></p>
	Difficile	<i>Elle est difficile cette question (E3, L73) C'est une bonne question (E3, L68)</i>

<p>Les limites de l'autonomie</p>	<p>Rester à sa place</p>	<p><i>Il ne faut pas inverser les rôles (E1, L31-32) on ne fera pas nos petits docteurs (E1, L66-67) il faut que tu connaisses tes limites. Et c'est pas toujours facile (E2, L60) c'est pas toujours facile (E2, L60) Il faut connaître ses limites, savoir les analyser (E2, L78)</i></p> <p><i>il faut en avoir des limites par rapport à cette autonomie (E3, L68-69) Je pense que tu as déjà entendu l'expression cow-boy. Moi j'ai pas l'impression d'être un cow-boy, et je ne veux pas être un cow-boy. Pour moi l'infirmier anesthésiste, ce n'est pas un médecin anesthésiste (E3, L73 à 75) l'infirmier anesthésiste doit savoir où est son rôle (E3, L83) Un IADE qui connaît pas ses limites, c'est un IADE dangereux (E3, L90-91) Moi je ne fais pas les choses dans leur dos (E3, L128-129)</i></p> <p><i>Mais la frontière est fine (E4, L51)</i></p> <p><i>Il faut pas se croire docteur. On est pas des médecins, on a pas leurs études (E5, L54) Il ne faut pas faire n'importe quoi (E5, L60)</i></p> <p><i>notre autonomie nous permet de savoir gérer jusqu'à une certaine limite. Après, on est pas des médecins (E6, L67-68) on est que des infirmiers (E6, L79)</i></p> <p><i>en gardant ses limites (E7, L18-19) il ne faut pas la dépasser (E7, L42)</i></p> <p><i>il faut savoir rester à sa place (E8, L26) je ne suis pas médecin (E8, L50-51) il ne faut pas oublier qu'on n'est pas médecin. C'est important (E8, L68-69)</i></p>
	<p>Dépassement de compétences</p>	<p><i>Ça peut m'arriver d'être un peu borderline, mais je ne fais pas d'expérimentation. Je ne fais que les choses que je connais, que j'ai apprises (E1, L80-81)</i></p> <p><i>Non, jamais. Je ne fais que ce dont je suis certaine et en cas de doute, j'appelle toujours le MAR (E2, L40-41)</i></p>

		<p><i>Non, je ne crois pas. (...) Parce que, à chaque fois que j'ai pris des grosses décisions, j'ai prévenu le médecin anesthésiste (E4, L45)</i></p> <p><i>Non, je ne fais pas les choses que je ne connais pas (E5, L68)</i></p> <p><i>Moi j'appelle dès que j'ai besoin. Je n'ai pas l'impression. Je reste dans mes compétences, celle que j'ai apprise (E6, L114)</i></p> <p><i>surement, là j'ai pas d'exemple qui me vient en tête. (E7, L70) Pour moi, le hors compétence, il ne dure pas longtemps car le MAR arrive très vite. On fait ce qu'il faut en attendant. Moi j'ai pas l'impression d'avoir été dans cette situation de hors compétence. Souvent on appelle à l'aide et les gens viennent (E7, L81 à 84)</i></p> <p><i>Oui, une fois, je suis sortie de salle et j'étais toute seule, le médecin m'avait oubliée. Le médecin avait oublié qu'il restait une chirurgie en cours donc il était parti de la structure. Ça été une situation exceptionnelle. Autrement, non, je ne pense pas. Je n'ai jamais eu l'impression de dépasser mes compétences (E8, L79-82)</i></p>
	<p>Limites relationnelles (MAR)</p>	<p><i>et les connaissances des équipes font que lorsqu'on se connaît, lorsque nous travaillons depuis longtemps ensemble, on peut compter les uns sur les autres. Je pense que c'est plus facile d'être autonome. Du coup la marge de manœuvre est peut-être un peu plus grande avec le médecin avec qui on travaille. Il sait ce dont on est capable et connaît nos limites. Ça permet d'avoir plus d'autonomie (E1, L60 à 65) Ça dépend des médecins avec qui je travaille (E1, L70) c'est la connaissance des médecins avec qui on travaille. Je pense que le fait d'avoir plusieurs médecins remplaçants, c'est peut-être un facteur limitant car on ne se connaît pas. On fait moins confiance à l'autre parce que chacun arrive de son côté, et personne se connaît. Je pense que le fait de se</i></p>

	<p><i>connaître permet une continuité et une stabilité dans les relations. Ça permet d'être plus autonome (E1, L73 à 78) dépend du médecin avec qui on travaille. Je sais la marge de manœuvre que je vais avoir (E1, L108-109)</i></p> <p><i>Si demain je change d'établissement, je ne connaîtrais pas les médecins, je repartirais à zéro en termes de relation avec les médecins (E2, L19 à 21). Avec l'ancienneté, j'ai une aisance avec les médecins. Certains médecins me laissent un petit peu plus de liberté. Au fur et à mesure du temps, l'expérience, ton recul, mais aussi la relation avec le médecin, lorsque tu connais le médecin anesthésiste avec qui tu travailles, tu vas pouvoir proposer des choses (E2, L21 à 25) c'est la confiance entre le MAR et toi, tu feras que tu sois plus autonome. Quand je dis confiance, c'est la liberté que le médecin va te laisser, par confiance. C'est de la bienveillance de leurs parts (E2, L71 à 73) Si moi je vais dans une autre structure, le médecin ne me connaîtra pas, moi je ne connaîtrai pas le médecin et j'aurai beaucoup moins d'autonomie (E2, L79 à 80)</i></p> <p><i>L'autonomie, elle est dépendante aussi du MAR avec qui on travaille. Ça c'est une réalité (E3, L52-53) Après c'est variable selon les médecins avec qui tu travailles (E3, L65-66) je dirais le médecin anesthésiste, il peut être un facteur favorisant comme un facteur limitant (E3, L81-82)</i></p> <p><i>Ça dépend aussi du MAR ... selon sa confiance (E3, L126) t'adaptes à la personnalité de ton médecin anesthésiste (E3, L127) Selon la personnalité du MAR (E3, L128)</i></p> <p><i>ça varie beaucoup selon les MAR (E4, L43-44) le facteur favorisant, oui, alors oui, il y a déjà le milieu dans lequel tu travailles. C'est-à-dire la qualité de l'entente au sein de l'équipe. S'il y a une cohésion au sein de l'équipe d'anesthésie, forcément l'autonomie sera simple à trouver (E4, L53 à 55) avec quelqu'un en qui t'as confiance, mais aussi la confiance que la personne a en toi.</i></p>
--	--

		<p><i>Où tu travailles avec quelqu'un qui a confiance en toi, qui a cette dualité, l'autonomie est plus simple à trouver. Tu sais qu'on te fait confiance, tu sais quelle décision tu pourras te permettre de prendre (E4, L58 à 60) c'est un contrat de confiance (E4, L62-63)</i></p> <p><i>c'est MAR-dépendant (E5, L52) Le médecin, il peut être facilitateur comme limitant. Y'a certaines personnes avec qui tu vas être à l'aise de discuter et avec d'autres moins (E5, L62-63)</i></p> <p><i>le médecin dans un sens, ça peut bloquer dans ce sens-là. Il y a aussi la limite anesthésie/chirurgie (E6, L178-179)</i></p> <p><i>Tout dépend avec quel médecin on travaille et de la place qu'on nous laisse. Des fois, avec certains médecins, la place est grande, ou il faut la prendre car ils ne la prennent pas (E7, L12 à 14) . Et puis à force, on connaît les médecins et ça se fait vraiment naturellement. Ils nous font confiance dans des domaines. On sait ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on peut proposer et inversement, ils savent ce dont on est capable, sur quoi ils peuvent nous faire confiance (E7, L29 à 32) la connaissance des médecins (E7, L37) la collaboration avec le MAR. Ça dépend beaucoup du MAR avec qui tu travailles aussi (E7, L60) les limites du binôme avec le MAR (E7, L65) il y a certains médecins qui vont mettre plus de limites que d'autres (E7, L66) La loi, notre savoir et la collaboration avec le MAR (E7, L68) on va peut-être prendre plus de décision quand le binôme avec le MAR est ouvert et à l'écoute (E7, L108) Ça dépend du binôme avec le MAR (E7, L140) celle du médecin avec qui on travaille (E8, L72) en fonction des médecins anesthésistes, ils ont leur façon de travailler (E8, L101-102)</i></p>
	Limites réglementaires	<i>Cela fait partie de notre domaine de compétence (E1, L87-88)</i>

		<p><i>C'est réussir à travailler en respectant les règles, c'est-à-dire en suivant notre décret de compétences (E4, L30-31) Il ne faut pas qu'elle dépasse tes compétences (E4, L60-61) ce sont des décisions qui restent dans ton champ de compétences (E4, L70-71) ton champ de compétence (E4, L77)</i></p> <p><i>Lorsqu'on a utilisé les cartes qui nous sont autorisées à utiliser (E6, L68)</i></p> <p><i>Les limites réglementaires de la loi, tout ça. Si on me demande d'endormir tout seul un patient, j'endors sous stratégie (E7, L19-20) la connaissance de la réglementation, de notre décret de compétences. Ça va nous permettre d'exercer en connaissant nos limites (E7, L38-39) dans notre décret, il est indiqué que l'IADE fait la réanimation peropératoire (E7, L43). Je reste dans mon cadre règlementaire (E7, L54-55) Si c'est en accord avec la loi bien sûr (E7, L56) limites règlementaires (E7, L59) Il y a les limites règlementaires (E7, L64-65) La loi, notre savoir et la collaboration avec le MAR (E7, L68) rappeler notre cadre législatif (E7, L162) les limites règlementaires (E7, 165)</i></p> <p><i>Dans les textes, on peut endormir et réveiller seul les patients à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment (E8, L51 à 53) C'est ce qui est reconnu et accepté (E8, L53)</i></p>
	<p>Limites personnelles</p>	<p><i>je ne fais pas d'expérimentation. Je ne fais que les choses que je connais, que j'ai apprises (E1, L80-81) on fait les choses en connaissance de cause, on fait les choses qu'on maîtrise, qu'on connaît (E1, L86-87)</i></p> <p><i>Je pense que c'est important de connaître ses propres limites (E2, L63) C'est se faire confiance, mais connaître aussi ses limites (E2, L67-68) Et je pense que ce qui limite ton autonomie, c'est la limite de tes connaissances et de tes compétences. On n'en a toujours, on ne connaît pas tout (E2,</i></p>

		<p><i>L76-77) On met ça peut être aussi sur un manque de confiance (E2, L78-79) agir tout en restant dans tes limites d'autonomie (E2, L11-112)</i></p> <p><i>c'est aussi la personnalité de l'infirmier anesthésie (E3, L82) . Moi je pense que la personnalité peut être un facteur favorisant ou limitant (E3, L90) Je pense que c'est un métier où il faut avoir confiance en soi, mais il faut aussi savoir écouter ses doutes. Il faut savoir les écouter, et en référer et en parler avec le MAR (E3, L91à 93). Pour la confiance en soi, je pense, que c'est plutôt un facteur favorisant. Et je pense que c'est un métier où il faut avoir un minimum de confiance en soi. Je pense qu'il ne faut pas non plus faire n'importe quoi. Je pense que c'est un équilibre. Il faut avoir suffisamment de confiance en soi pour faire le nécessaire (E3, L99 à 102)</i></p> <p><i>C'est en ayant conscience (E4, L46) en connaissant tes limites (E4, L56-57)</i></p> <p><i>Des fois, on a peut-être pas suffisamment de connaissances pour bien les appréhender tout seul (E5, L57-58) C'est pour ça qu'il faut être bien dans sa tête (E5, L66)</i></p> <p><i>Après c'est un peu propre à chacun (E6, L80) donc la limite c'est ça. Vu que je n'en fais pas souvent, je ne suis pas très à l'aise. Si demain, je devais changer d'établissement, eh bien, je ne serais pas à l'aise. Ma limite, ça serait ça. Ça serait un facteur limitant, le côté non-pratique. Je pense qu'on fait bien ce qu'on fait souvent. Quand tu ne fais pas quelque chose depuis très longtemps, (E6, L91 à 93), ça va être ses propres limites, ses connaissances (E6, L159) C'est ce qu'on a appris durant ces deux années de formation, sa propre expérience (E6, L160)</i></p> <p><i>si je dois faire quelque chose que je ne maîtrise pas, je vais demander. Ça peut faire partie de mon décret de compétences mais si je ne maîtrise pas, je vais pas le faire. Je ne vais pas m'aventurer dans quelque chose que je ne maîtrise pas (E7, L51 à 54) tout simplement tes</i></p>
--	--	--

		<p><i>compétences. Ça dépend de chaque IADE (E7, L61) il y a les limites personnelles (E7, L64) La loi, notre savoir et la collaboration avec le MAR (E7, L68) garder en tête nos limites, nos savoirs (E7, L165)</i></p> <p><i>Après, il faut connaître ses limites (E8, L53-54) ils sont là. Il faut savoir ce qu'on est capable de faire, il faut en avoir conscience (E8, L57-58) moi ce sont mes limites (E8, L66-67) Moi je n'ai pas trop l'habitude des enfants, je n'en ai pas fait beaucoup (E8, L67-68) Je pense que c'est la personnalité de chacun déjà. Je pense que ça dépend de notre personnalité (E8, L71-72) j'y ai mis ce que j'ai en moi. Je pense que ça dépend de la personne (E8, L73) je pense que chacun doit être à même de savoir ses capacités (E8, L74) facteurs internes (E8, L76-77)</i></p>
	<p><b>Limites institutionnelles</b></p>	<p><i>de travailler dans des bonnes conditions en sécurité (1)</i></p> <p><i>elle est différente en suivant l'endroit où on peut intervenir (E3, L39) il faut prendre en compte l'ASA du patient, ASA1 et ASA2, on peut avoir une parfaite autonomie (E3, L55-56) Autrement, ça peut être peut-être l'organisation de la structure. Cela dépend des structures et de la disponibilité du MAR, à certains endroits, l'autonomie est plus importante. Je pense que cela dépend également de la culture de la structure, et pas seulement son organisation. Il y a des endroits où nous n'avons pas beaucoup d'autonomie, ce n'est pas un manque de confiance en moi par le médecin anesthésiste, mais c'est une structure où ça ne se fait pas. Cela dépend de l'établissement (E3, L93 à 98)</i></p> <p><i>ça dépend de la structure dans laquelle tu travailles. La structure dans laquelle tu travailles (4)</i></p> <p><i>Surtout lorsque les dossiers sont très très compliqués avec des pathologies complexes, ou des patients complexes, fatigués (E5, L55-56)</i></p>

		<p><i>peut-être une question de spécialités (E6, L87)</i></p> <p><i>de la situation de soin (E7, L141)</i></p> <p><i>Les patients ASA 3, ASA 4, moi je ne me sentirais pas ... les enfants aussi (E8, L66) facteurs externes, ça dépend des établissements, de leur organisation (E8, L77)</i></p>
La prise de décisions	IADE prend des décisions	<p><i>J'adapte mon anesthésie et ça c'est déjà des prises de décisions (E2, L94) il en prend forcément (E3, L110) c'est toi qui décides quand est-ce que tu dois le faire (E3, L118) Tu prends plein de décisions en salle (E5, L70) car ton anesthésie, tu la gère (E5, L) en cours de conduite d'anesthésie, (...) on prend des décisions sans arrêt (E6, L48) ça fait partie de notre rôle propre (E6, L155) de prendre des décisions régulièrement (E6, L138) on ne va pas rester statique à rien faire (E7,L114) rôle à jouer dans la prise de décision (E8, L88-89).</i></p>
	Selon les situations (urgence ou non)	<p><i>il arrive qu'on soit seul en salle et qu'on soit aussi confronté à de l'urgence, ce qui nécessite de prendre des décisions tout de suite avant d'appeler le médecin (1) lorsque les situations urgences se présentent, c'est un réflexe, on va puiser dans ses pratiques, dans son expérience, pour mettre la meilleure thérapeutique en place lors d'une urgence (1)</i></p> <p><i>Pour moi il y a différents niveaux. Il y a les petites décisions : est-ce que je refais un petit peu ? est-ce que j'approfondis mon anesthésie ? Est-ce que je refais un peu de curare ? Ça c'est la base des petites décisions que tu prends quotidiennement, et que tu développes avec le temps. J'adapte mon anesthésie et ça c'est déjà des prises de décisions. Ensuite c'est la prise de décision lorsque ça va pas. C'est peut-être pas grand-chose mais il faudra prendre la décision d'appeler le médecin (E2, L91 à 96) Et puis ensuite tu as la prise de décision de l'urgence. Tu as un arrêt cardiaque, et bien tu appelles et tu agis. Pour moi il y a différents niveaux de prise de décision</i></p>

		<p><i>(E2, L97 à 99) Pour les petites décisions (E2, L99-100) Ensuite tu as les prises de décision où tu as un problème (E2, L100-101) C'est pour ça que je pense que c'est important de donner le degré d'urgence lorsqu'on appelle le médecin (E2, L109-110) Des fois tu prends l'initiative de remplir, ou de faire certains traitements (E2, L110-111)</i></p> <p><i>Moi je prends la décision, je fais des choses, et j'en réfère au médecin anesthésiste. Idéalement, j'en parle avant d'agir. Moi par exemple je vais demander au médecin anesthésiste si je peux antagoniser le patient. Mais je vais pas lui demander les doses à faire, ou comment effectuer le soin. Et parfois il m'arrive que nous n'en n'ayons pas discuté avant et c'est moi qui ai décidé de antagonisée le patient ou pas. Idéalement moi je pense que c'est bien de demander au médecin, mais après c'est toi qui gères le truc. (E3, L111 à 117) , c'est toi qui décides quand est-ce que tu dois le faire (E3, L118) . Lorsqu'en salle, j'ai une bradycardie, ou une hypotension, je prends la décision de faire de l'atropine, des catécholamines et puis après j'en réfère au médecin. Mais j'attends pas forcément qu'il soit là. (E3, L120 à 123)</i></p> <p><i>il y a parfois on prend des initiatives. Quand tu n'as pas d'anesthésiste, que tu es dans certaines situations, il y a certaines initiatives que tu prends. Sachant que tu as droit de le faire (E4, L49 à 51) Forcément, tu as un patient qui bradycarde, tu vas lui faire de l'atropine et tu vas prévenir ton médecin anesthésiste, par exemple. Par contre, tu vois sur une aorte, avant de remplir ton patient... il faut globalement avoir l'accord de l'anesthésiste. Des fois tu sais qu'il faut le faire, mais tu peux pas te permettre de le faire seul. (E4, L71 à 74)</i></p>
--	--	---

		<p><i>c'est nous qui préparons notre salle, donc on décide de tel ou tel matériel. Ouais, on prend des décisions. T'es sur la conduite de l'anesthésie, c'est pareil, on va faire des drogues à tel moment, etc. Oui, on prend des décisions (E5, L70 à 73)</i></p> <p><i>Pour une chirurgie digestive coelio (coelioscopie), moi je prends la décision de... au moment de ...de ... de perfuser le patient, bah je prends un truc en plus pour envoyer des RAI (E6, L121-122)</i></p> <p><i>Bon, en règle générale, j'informe quand même le médecin. Après, en cours de conduite d'anesthésie, bah oui, on prend des décisions sans arrêt. Euh ... notamment pour réinjecter des produits (E6, L124 à 126) je prends la décision de réinjecter du sufenta. Maintenant, en connaissance de l'avancée de l'intervention, des fois, on peut se dire, bah... il reste plus trop de temps, j'approfondie ou pas mais je prends la décision ou non d'injecter pour gérer la douleur. Pareil pour ce qui est du relâchement du patient avec les curares, je prends la décision de repousser du curare à tel moment parce que je juge que c'est nécessaire (E6, L127 à 132), Après je parle souvent là de gestion de crise, mais aussi sur l'installation du patient, il y a des prises de décision (E6, L138-139) je prends une décision de réinjecter du propofol parce que je trouve que le patient, il est pas bien réveillé, où il a encore la queue de curares. Je prends la décision d'extuber le patient (E6, L153 à 155)</i></p> <p><i>Des fois, je mets en place et je dis après mais je dis toujours au médecin. Parfois il faut agir tout de suite (E7, L46)</i></p> <p><i>Oui, ça peut arriver de prendre des décisions. Des fois on voit des choses que le médecin ne voit pas (E8, L84-85) Les prises de décisions peuvent être thérapeutique pour le patient (E8, L86-87)</i></p>
--	--	--

<p>Savoir appeler au bon moment</p>	<p><i>Ils savent qu'on les appellera dès qu'on se trouvera en difficulté (1) on peut appeler le médecin à tout moment. Si j'ai besoin, j'appelle (E2, L53) dès que je me pose une question, je préfère la poser au médecin si j'ai un doute, si j'ai une question, si j'ai un souci, et bien moi j'appelle (E2, L60 à 62) Mais il vaut mieux appeler rapidement, qu'appeler trop tard (E2, L65) il faut aussi savoir appeler le médecin quand il faut (E2, L69) C'est pour ça qu'il ne faut pas appeler trop tard (E2, L109) on peut l'appeler à tout moment (E3, L25) Moi j'estime que dès que ça commence à beurrer, le MAR il doit être prévenu (E3, L70-71) Ce qu'il faut savoir, avoir le réflexe, il y a quelque chose qui ne va pas, vite, j'appelle. Puis déjà essayer d'appréhender les premiers gestes. (E5, L40 à 42) Tu appelles l'anesthésiste quand tu as un problème (E5, L45-46) Et puis c'est toi qui décides de prévenir à temps (E5, L72-73) Je vais pouvoir commencer à faire certaines choses dans les premières secondes, mais après il faut appeler à l'aide. Même si on est autonome, il faut appeler à l'aide. Il faut appeler le médecin anesthésiste pour dire qu'il s'est passé ça (E6, L70 à 73) il nous faut le rôle médical, et appeler à l'aide (E6, L79-80) , maintenant, j'appelle quand j'ai besoin, il faut aussi alerter (E6, L84) à un moment, quand tu as un incident per-opératoire, il faut bien prendre la décision un moment d'appeler à l'aide ou pas (E6, L132-133) il y a quand même une prise de décision un moment de dire, hop là, là je suis dépassé, j'appelle à l'aide (E6, L134-135) Où je mets des thérapeutiques en œuvre pour que ça soit gérable pendant quelques secondes, puis je prends la décision d'appeler quand même le médecin (E6, L135 à 137)</i></p>
---	--

		<p><i>j'appelle le MAR si besoin (E7, L20-21) Souvent quand on voit ça, on fait toujours un appel à l'aide (E7, L79-80) on fait toujours un appel à l'aide quand on a besoin (E7, L81) L'appel à l'aide, c'est aussi une décision mais en attendant que le médecin arrive, il faut bien faire quelque chose (E7, L109-110)</i></p> <p><i>Il ne faut pas hésiter à appeler (E8, L54) il faut vite prendre la décision de faire appeler le médecin et puis je vais agir (E8, L96-97) Il faut que quelqu'un appelle vite. Je vais de suite agir en connaissance de cause. C'est là que tu vas prendre des décisions (E8, L99)</i></p>
	Décision difficile/ évolution permanente	<p><i>Il y a souvent des nouveautés, nouvelles connaissances qui arrivent (E5, L21) Les médicaments qui changent tout le temps, qui peuvent avoir des interférences avec l'anesthésie, il faut les connaître et s'en rappeler. Il y a tout le temps du changement. Il faut toujours se remettre à jour. Après sur les techniques d'anesthésie et gestes d'urgence, c'est pareil, ça évolue (E5, L24 à 28) Les curares, le technicage qui change, ça évolue (E5, L22-23) Ça évolue assez vite, les pratiques et les prises en charge changent (E5, L32-33)</i></p> <p><i>L'anesthésie évolue très rapidement, ça ne cesse d'évoluer (E8, L27)</i></p>
Le raisonnement	Analytique	<p><i>et puis, tu fais une check-list. Tu fais le tour de toutes les causes à ton problème et puis tu élimines. Un sorte d'algorithme que tu appliques et que tu crées avec l'expérience et tes connaissances (E2, L102 à 105) Le travail, c'est : tu as une situation de base et en fonction de sa surveillance, tu imagines ce qui peut arriver, tu identifies et agis en fonction (E2, L124-125) mes connaissances et mon flair (E5, L75)</i></p> <p><i>Je m'appuie sur mon raisonnement clinique, je pèse le pour et le contre (E7, L86-87) Les interventions qui sont un peu plus complexes, où il y a besoins de plus de surveillance, on se dit</i></p>

		<p><i>là, tout de suite, on est plus dans l'habitude. On va moins utiliser l'intuition (E7, L130 à 132) La situation peut toujours changer et donc on ne se retrouve plus dans ce schéma de d'habitude, donc dans ce cas on bifurque. On n'est plus dans ce schéma d'intuition et dans ce cas, on passe sur un mode analytique, où tu vas tout analyser. C'est parce que tu travailles en intuition que tu ne peux pas en sortir très vite dès qu'il se passe quelque chose d'inhabituelle. Dans ce cas tu sors de ce raisonnement et tu passes vers un raisonnement analytique (E7, L133 à 138)</i></p>
	<p><b>Intuition</b></p>	<p><i>Il y a une part d'intuition, qui fait partie de l'expérience, qu'on a. Et malgré toute l'expérience et l'intuition qu'on peut avoir (E1, L101-102)</i></p> <p><i>où là, tu te fies à ton expérience (E2, L102) Et puis tu sens les choses parfois (E2, L105) Pour moi c'est pas du feeling, tu te bases sur du concret. Pour moi tu restes sur quelque chose de concret. Pour moi on ne fait pas les choses par intuition (E2, L119 à 121) Je sais pas si on peut vraiment parler d'intuition (E2, L123)</i></p> <p><i>une part d'intuition. (Silence). Ouais, moi je pense qu'il y a une part d'intuition. Tu sens les choses. Moi je suis très sensible à ça. Je dirais même que je sens le patient (E3, L133 à 135) je sens que ça va mal se passer ou qu'il va y avoir une difficulté (E3, L135-136) je sens que ça va beurrer (E3, L140)</i></p> <p><i>Honnêtement pas d'intuition dans mon travail. Là, spontanément, je ne pense pas (E4, L80-81) partie connaissances, et il y a aussi la partie intuition (E5, L78)</i></p> <p><i>on peut ressentir la chose. Soit je sens les choses avant, soit c'est pendant, je me dis, oula, il y a un truc qui va pas (E5, 80-81)</i></p>

	<p><i>'intuition et l'expérience, (E6, L184-185) des fois je fais des décisions par intuition, (E6, L185-186) il faut que je prenne cette décision à ce moment-là. Je ne pourrais pas l'expliquer pourquoi. C'est un ensemble de faisceau, c'est une petite voix qui dit, tient... ça serait bien de la faire. on dit intuition mais je pense que c'est ... c'est notre expérience (E6, L186 à 189) On peut dire intuition mais je pense que c'est plus ... j'ai pas d'autre mot pour dire ça. (E6, L191-192) je me dis, oui faut que je le fasse (E6, L193) il y a un sens clinique qui développe. (E6, L196-197) c'est vrai que parfois l'intuition, ça peut paraître son contraire, mais je pense qu'intuition, sens clinique, pour moi, dans ce domaine-là, ça serait des synonymes. Je pense que l'expérience qu'on acquière font qu'on développe notre sens clinique. Et il y a des choses qu'on fait un peu au feeling quoi. Il y a une certaine intuition, mais aussi (E6, L198 à 202)</i></p> <p><i>l'intuition, ça fait aller sur une crête, mais c'est bien, c'est intéressant (E6, L206-207)</i></p> <p><i>Après, on en fait tout le temps des choses sans réfléchir. C'est des automatismes quelque part. Je trouve que plus l'expérience arrive, plus on le fait par intuition (E7, L118-119) C'est sûr que ça va nous permettre de travailler plus rapidement (E7, L121-122) on travaille avec l'intuition car on l'a déjà fait pleins de fois et puis on a déjà connu cette réflexion plusieurs fois donc la route on la connaît. Comme quand on rentre chez nous, la route on la connaît, on l'a déjà fait à plusieurs reprises donc on ne réfléchit pas à quelle route on va prendre (E7, L122 à 125)</i></p> <p><i>L'intuition, on la retrouve dans les choses qu'on fait tout le temps, les choses répétitives (E7, L129) Je pense que c'est vraiment comme quand on rentre chez nous, on connaît la route, on la fait pleins de fois, c'est comme d'habitude (E7, L132-133)</i></p>
--	--

		<i>Ressentir le patient, oui. Tu sens ton patient (E8, L105) ça permet de ressentir les choses (E8, L111)</i>
	Expérience	<i>Il y a une part d'intuition, qui fait partie de l'expérience, qu'on a (E1, L101-102) je pense que tu développes ta prise de décision avec l'expérience (E2, L100) on les associe avec ce qu'on connaît, ce qu'on sait, notre expérience et on prend les décisions (E2, L122-123) Je pense qu'elle est liée à l'expérience (E3, L139) Elle est vraiment liée à l'expérience (E3, L139-140) et je pense que c'est parce que j'ai gagné en expérience (E6, L186) j'ai engrangé de l'expérience (E6, L190) On a des expériences qui nous servent (E7, L87-88) Moi je me fie souvent à ce que je ressens avec l'expérience (E8, L111-112)</i>
	Émotion	<i>Ça peut aussi dépendre du chirurgien, la partie chirurgicale, c'est important, ils peuvent parfois mettre pas mal de pression (E1, L109-110) Ça peut également être la charge de travail. Je pense que si on a le temps de faire les choses, d'être posé, les prises de décisions seront différentes (E1, L113 à 115) est-ce que tu appelles vite ou est-ce que tu as le temps de rechercher des solutions à ton problème (E2, L96-97) parfois le médecin est occupé quand tu l'appelles, et donc là tu dois prendre des décisions. Des fois, ça peut être un peu stressant car les minutes te paraissent longues (E2, L108) Tu ne peux pas arriver tous les jours stressé, ce n'est pas possible. Tu dois être stressé dans certaines situations, qui pour moi sont des situations d'urgence, qui se passe mal. Mais je pense</i>

		<p><i>que le stress n'a pas sa place dans notre profession au quotidien (E3, L102 à 105) Je vois si j'ai du temps ou pas. Ça dépend du profil du patient (E3, L130)</i></p> <p><i>Si je me questionne trop, est-ce que je fais bien ? est-ce que je fais pas bien ? Est-ce que je suis sûre de mon coup ? Des fois quand j'ai un doute (E5, L83-84)</i></p> <p><i>Des fois, on est un peu dans le jus, sous pression au début donc je le mets après (E7, L100) on va devoir prendre des décisions plus rapides lorsqu'il y a des urgences (E7, L108-109) puis dans les situations critiques, il faut vite réagir et prendre des décisions (E7, L141-142) Je trouve que ça rassure tout le monde. Ça serait intéressant qu'il y ait une personne détachée pour cela sur des situations inhabituelles, exceptionnelles (E7, L146-148)</i></p> <p><i>Ça dépend de l'urgence (E8, L96) il faut vite prendre la décision (E8, L96-97)</i></p>
	<p>Perception, motivation et cognition</p>	<p><i>Et puis les connaissances qu'on peut avoir, je pense qu'elles interfèrent les prises de décisions (E1, L115-116)</i></p> <p><i>en fonction du temps que j'ai, et de l'urgence, du profil du patient (E3, L130-131)</i></p> <p><i>quand tu prends en charge les patients, tu vois les choses, tu touches, tu discutes avec le patient, tu vois son comportement, son faciès, et c'est avoir plein d'éléments (E2, L118-119) On voit les choses concrètes (E2, L121)</i></p> <p><i>Ça c'est ma vision du patient. Je le vois, je lis son dossier, je vois la chirurgie qui va être effectuée, et je me dis bah je vais préparer (E3, L136-137)</i></p> <p><i>Forcément, tu as un patient qui bradycarde, tu vas lui faire de l'atropine et tu vas prévenir ton médecin anesthésiste, par exemple. Par contre, tu vois sur une aorte, avant de remplir ton patient... (E4, L71 à 73) l'exemple de l'atropine, parfois ça te paraît évident, tu sais que tu dois</i></p>

		<p><i>le faire. Mais des fois, en fonction du patient, de la situation que tu as en face de toi, vu que tu sais que ce n'est pas toi qui va en payer les conséquences (E4, L84 à 87)</i></p> <p><i>notre cerveau, notre vision, notre ressenti (E6, L190) des signes qu'on repère, qui allume des voyants rouges. (E6, L202-203)</i></p> <p><i>Ce qui me freine à prendre des décisions, ça serait justement de ne pas savoir ... enfin c'est ne pas saisir la situation ... c'est de ne pas comprendre ce qui se passe (E7, L110-111)</i></p> <p><i>tu te fies à la clinique(E8, L105) on se fiait beaucoup à la clinique. Maintenant, on a les monitorages que nous n'avions pas dans le temps qui aident à prendre des décisions. Je trouve que la clinique, c'est très important... de regarder ton patient. Moi on disait dans le temps, il faut qu'il soit rose et sec (E8, L106 à 109) De voir le patient, de discuter avec lui et de prendre toutes les informations (E8, L110-111)</i></p>
	<p>Métacognition</p>	<p><i>parfois, nous ne prenons pas les bonnes décisions, donc lorsqu'on s'en rend compte, on réadapte, on corrige(E1, L105-106) Moi je vérifie avec le MAPAR, qui est présent à plusieurs endroits dans le bloc autrement, c'est ce que ma formation m'a appris, m'a apporté. La formation me permet d'évoluer au fur et à mesure de ma carrière, d'avancer, d'évoluer et de continuer à être au top dans ma pratique et de continuer à adapter les nouvelles pratiques (E1, L116 à 120)</i></p> <p><i>Le travail, c'est : anticiper tous les problèmes qui peuvent arriver. On imagine tous les scénarios possibles (E2, L125-126)</i></p> <p><i>est-ce que là c'est la bonne décision ? Après je vais toujours rechercher la fiabilité et la cohérence de mes données (E7, L97-98) en gardant en tête de vérifier la cohérence et la pertinence du signal comme tout le matériel qui peut être utilisé (E7, L104-105) mais il faut quand même analyser</i></p>

		<p><i>pourquoi on arrive à cette décision. Il faut déconstruire un peu, pourquoi on arrive à cette décision (E7, L119-120) Mais des fois, c'est important aussi de déconstruire ça (E7, L126) je trouve que c'est important. Je trouve qu'à force d'avoir de l'expérience, c'est important de continuer à déconstruire ça, pour savoir expliquer, savoir pourquoi on fait les choses (E7, L126-128)</i></p>
		<p><i>Et puis, la simulation, pour moi, ça c'est vraiment un facteur favorisant, pour gérer les incidents, les différentes autonomies. (E6, L102-103) Au jour le jour, c'est compliqué à mettre en place les simulations, mais je pense que faire ce genre de chose, des petites piqûres de rappel. Pas forcément se mettre dans des scénarios de catastrophe ou en grosse difficulté, mais de truc suffisamment simple. Par exemple l'arrêt cardiaque sur tableau, l'hémorragie de la délivrance. Même si on ne pratique pas, mais on a fait une simulation virtuelle dernièrement, où on proposait des choses sur un ordinateur selon la situation à laquelle on était confronté. Ça permet de se remettre les grandes lignes en tête et les nouvelles recommandations. La simulation pour moi serait un facteur favorisant. C'est bienveillant et je trouve que c'est important. (E6, L103 à 111) Je n'hésite plus à la mettre en place afin de m'aider à prendre des décisions (E7, L96) Je trouve intéressant d'avoir du matériel supplémentaire afin de nous aider à prendre des décisions (E7, L101-102) Les aides cognitives sont intéressantes pour ça. Quand on a une situation exceptionnelle, on le voit en simulation, c'est un travail en équipe et je pense qu'il serait intéressant qu'il y ait une personne qui lise la fiche d'aide cognitive (E7, L142 à 145) Les aides cognitives ont été faites par la SFAR (E7, L150-151) les formations qui permettent ... et la simulation (E7, L155) débriefer sur la communication (E7, L157)</i></p>



**RESUME :** Les limites de l'autonomie de l'infirmier anesthésiste

Cette étude se concentre sur l'autonomie et la prise de décision de l'infirmier anesthésiste. La problématique centrale porte sur l'importance de développer des compétences pour l'infirmier anesthésiste afin de prendre des décisions autonomes au sein de la stratégie d'anesthésie.

Une enquête qualitative a été réalisée à travers des entretiens semi-directifs avec des infirmiers anesthésistes sur le terrain. Les résultats mettent en évidence que l'infirmier anesthésiste est un professionnel autonome. Le processus d'autonomisation est complexe et évolutif, commençant dès la formation initiale et se poursuivant tout au long de la carrière. L'expérience est un facteur important, mais ne suffit pas. L'infirmier anesthésiste doit constamment actualiser ses connaissances pour maintenir son niveau de compétence.

L'autonomie de l'infirmier anesthésiste est encadrée par des réglementations, des règles institutionnelles et des limites personnelles, qui sont essentielles pour éviter tout dépassement de compétences. Ces résultats soulèvent des pistes de recherche supplémentaires sur l'autonomie et la prise de décision des infirmiers anesthésistes. La collaboration, en tant que facteur humain, mérite une attention particulière afin de mieux comprendre son impact sur l'autonomie professionnelle.

Mots clés : compétences, autonomie, interdépendance, conscientisation, prise de décision

**ABSTRACT:** The limits of autonomy for nurse anesthetists

This study focuses on the autonomy and decision-making of nurse anesthetists. The central issue revolves around the importance of developing skills for nurse anesthetists to make autonomous decisions within the anesthesia strategy.

A qualitative investigation was conducted through semi-structured interviews with practicing nurse anesthetists. The results highlight that nurse anesthetists are autonomous professionals. The process of empowerment is complex and evolving, starting from initial training and continuing throughout their careers. Experience is an important factor but not sufficient on its own. Nurse anesthetists must constantly update their knowledge to maintain their level of competence.

The autonomy of nurse anesthetists is regulated by regulations, institutional rules, and personal boundaries, which are essential to prevent exceeding their competencies. These findings raise further avenues for research on the autonomy and decision-making of nurse anesthetists. Collaboration, as a human factor, deserves special attention to better understand its impact on professional autonomy.

Keywords: skills, autonomy, interdependence, awareness, decision-making