

Ecole d'infirmiers Anesthésistes. Chu de Clermont-Ferrand.

L'accueil du patient arrivant au bloc opératoire par l'infirmier anesthésiste.



Serre ©

Jacques ISOARD
Promotion 2003-2005.

REMERCIEMENTS

- *A mon directeur de mémoire, Mr Laurent CHANAL.*
- *A mon IADE référent, Mr Laurent DELLA-GIUSTINA.*
- *Aux personnes interviewées.*
- *A ma sœur pour ses conseils avisés.*
- *A mes enfants pour tout le temps que je n'ai pas pu leur accorder.*
- *A ma compagne, pour son soutien et ses avis précieux.*

“ Un adulte en possession de ses facultés devrait toujours avoir l'impression qu'il est libre de faire un choix. C'est la responsabilité de l'équipe soignante de lui apporter toute l'aide dont il a besoin pour faire un choix judicieux. Si l'équipe inspire confiance au malade et si son état est grave, il peut demander que l'on prenne les décisions à sa place, mais il ne devrait jamais se sentir à la merci des autres.”

Virginia Henderson

Principes fondamentaux des soins infirmiers

SOMMAIRE

<u>I - INTRODUCTION</u>	Page 1
<u>II - CADRE CONCEPTUEL</u>	Page 3
2.1 - <u>La profession d'infirmier(e)</u>	Page 3
2.2 - <u>La profession d'Infirmier Anesthésiste</u>	Page 5
2.2.1 - Un peu d'histoire sur la profession d'infirmier anesthésiste	Page 5
2.2.2 - Qu'est ce qu'un(e) Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé d'Etat ?	Page 6
2.2.3 - Quel est le rôle de l'IADE ?	Page 6
2.3 - <u>Le bloc opératoire</u>	Page 7
2.4 - <u>La personne soignée dans un Bloc opératoire.</u>	Page 9
2.4.1 - Le sentiment de peur	Page 9
2.4.2 - Le stress	Page 10
2.4.3 - Les effets du stress	Page 10
2.5 - <u>Concept de soins infirmiers.</u>	Page 11
2.5.1 - Le respect de la personne soignée	Page 11
2.5.2 - La personne soignée : un être "bio-psycho-social"	Page 11
2.5.3 - La prise en compte de la douleur	Page 12
2.6 - <u>Le confort de la personne soignée</u>	Page 12
2.6.1 - Le confort physique	Page 12
2.6.2 - Le confort psychologique	Page 13
2.7 - <u>L'accueil et la relation</u>	Page 13
2.7.1 - L'accueil	Page 13
2.7.2 - La relation	page 14
2.7.3 - La dualité entre soins techniques et soins relationnels	Page 16
2.7.4 - Qu'est ce qu'une relation de bonne qualité ?	Page 17
<u>III - HYPOTHESE</u>	page 18
<u>IV - OUTIL D'INVESTIGATION</u>	Page 19
4.1 - <u>Choix de l'outil</u>	Page 19
4.2 - <u>Construction du questionnaire</u>	Page 19
4.3 - <u>Choix de la population et du lieu</u>	Page 19
4.4 - <u>Les limites de l'enquête</u>	Page 20
<u>V - ANALYSE DES ENTRETIENS</u>	Page 21
5.1 - <u>Question N°1</u>	Page 21
5.2 - <u>Question N°2</u>	Page 21
5.3 - <u>Question N °3</u>	Page 23
5.4 - <u>Question N°4</u>	Page 25
5.5 - <u>Question N°5</u>	Page 30
5.6 - <u>Question N°6</u>	Page 32
5.7 - <u>Question N°7</u>	Page 34
<u>VI - SYNTHESE</u>	Page 37
<u>VII - PROPOSITIONS DE SOLUTIONS, PISTES DE REFLEXIONS</u>	Page 38
<u>VIII - CONCLUSION</u>	Page 41
<u>IX - BIBLIOGRAPHIE</u>	Page 42

I - INTRODUCTION

Je suis infirmier depuis huit ans maintenant et j'ai toujours accordé beaucoup d'importance à la dimension relationnelle dans notre profession.

C'est pourquoi je voulais parler dans mon travail de fin d'études, de l'intérêt de la relation humaine instaurée par l'infirmier anesthésiste à la personne soignée.

Durant cette première année de formation à l'école infirmier anesthésiste j'ai été frappé par l'intensité émotionnelle vécue par la personne arrivant au bloc opératoire.

J'ai vraiment réalisé que c'est une période très stressante pour la personne venant se faire opérer.

Voici ce que peut vivre une personne arrivant au bloc opératoire :

- Tout d'abord l'ouverture des portes où il est écrit « bloc opératoire » est plus ou moins « accès interdit à toute personne étrangère au service ».

- Ensuite la personne doit passer du lit au brancard, ne portant sur elle qu'une chemise d'opéré. À ce montant il y a généralement 3, 4, 5 visages masqués et autant de paires d'yeux rivés sur elle.

- Arrive le box de pré anesthésie avec généralement la pose de la perfusion, des électrodes, et des vérifications d'usage.

- Parfois il existe une période d'attente avant de rentrer en salle. J'ai vu des patients attendre plus de trois quarts d'heure avant d'être introduit au bloc opératoire sans que personne ne vienne leur parler.

- Puis c'est le moment de rentrer en salle avec des températures souvent à la limite du supportable. Il faut alors passer sur la table qui est étroite, dure et très froide.

- A peine le temps de poser la tête sur le petit coussin que la vision de deux gros éclairages de bloc opératoire vous fait réaliser que maintenant vous êtes vraiment sur une table d'opération.

Simultanément voici le moment du monitoring d'anesthésie avec l'apparition de son inconnu (scope, brassard à tension, alarmes...).

- Maintenant l'équipe chirurgicale commence son installation souvent avant l'induction avec ce que cela implique, ouverture des boîtes, la vue des instruments, ouverture des sachets, pose de la plaque de bistouri électrique quelques fois avant l'hypnose...

- Puis vient la préoxygénation, une douleur à l'injection et plus rien.

Voilà ce que peut vivre un futur opéré avant d'être endormi. Autant de moments très stressants et difficiles à vivre.

C'est pour cela que je voulais mettre l'accent sur l'importance de l'accueil et de la relation réalisés par l'IADE pendant cette période pour faire diminuer au maximum le stress et faire que le moment vécu et le souvenir ultérieur du passage au bloc opératoire soient le moins désagréable possible.

D'autres raisons m'ont porté à opter pour ce sujet :

- Le fait d'avoir entendu lors du congrès des IADE de mai 2004 que « *les IADE sont bien moins relationnels que les IDE* ».

- J'ai souvent entendu des propos péjoratif à propos de cette profession tels que : « *Les petits médecins, les cow-boys, des fanfarons...* »

- D'autre part j'aimerais montrer que la profession d'infirmier(e) anesthésiste n'est pas simplement le reflet de la technique, la pharmacologie, la physiopathologie, le matériel et l'anesthésie proprement dite.

Elle est aussi celui d'une relation qui est certes très réduite dans le temps mais qui implique d'être plus efficace, plus précise. Elle est tout aussi importante que les gestes techniques et le savoir.

II - CADRE CONCEPTUEL

2.1 - La profession d'infirmier(e)

Au moyen âge, les femmes en religion font œuvre de bienfaisance auprès des pauvres et des malades, le silence leur est imposé ainsi que le renoncement et la dépossession de soi. C'est au XIII^e siècle que l'état religieux des femmes consacrées sera proposé comme modèle social des femmes soignantes.

A partir de la fin du XVIII^e siècle, les savoirs acquis par les femmes soignantes non religieuses leur échappent définitivement pour passer aux mains des chirurgiens –officiers de santé et des médecins. Désormais, le médecin devient le seul référent du savoir et s'occupe de l'instruction des personnes qui gardent les malades. *«Aux savoirs empiriques acquis par observation et apprentissage des choses de la vie se substitueront les savoirs d'instruction»*,¹ *«En devenant complètement soumise à la tutelle des médecins, la pratique des soins exercée par les femmes soignantes incorpore leur histoire à l'histoire de la médecine, c'est-à-dire à celle des médecins»*.²

Il faut donc faire le choix de ces personnes et diriger leur instruction, l'école et l'hôpital deviennent donc le lieu d'institutionnalisation des pratiques de soins.

En 1775, Monsieur Carrère, médecin du roi, publie un ouvrage *«Manuel pour le service des malades»* où il déclare, *«Les soins qu'on donne aux malades contribuent souvent, autant que les remèdes, à la guérison des maladies. Ils exigent des connaissances particulières qui seules peuvent les rendre utiles»*.³

Entre les discours des ecclésiastes, des médecins et les principes moraux de la haute bourgeoisie le rôle de l'infirmière se dessine.

La guerre de 1914 – 1918 fait sortir les infirmières de l'ombre, elles incarnent dévouement et courage.

L'Histoire des soignants est étroitement liée à l'histoire des malades et des maladies, au carrefour du sacré, de la médecine et à la merci des institutions.

¹ Etude sur les soins et le service infirmier, cahier n°10, p30

² Id., p31

³ Id., p53

Les premières écoles d'infirmières

Pour avoir créé la première école d'infirmières professionnelles dirigée par une infirmière, dans l'imaginaire infirmier, Florence Nightingale représente le symbole du passage de la servante dévouée, à la professionnelle : la fameuse lampe à huile de cette infirmière anglaise figure sur les premiers caducées, et pour les infirmières le "*Serment de Florence Nightingale*" est l'équivalent du "*Serment d'Hippocrate*". Florence Nightingale fut la première à présenter une conception de la discipline infirmière : les modèles conceptuels suivants n'apparurent qu'à partir de 1955.

Avec le décret du 18 février 1938 instituant des *diplômes simple et supérieur d'infirmière hospitalière* et d'assistante du service social de l'Etat, la profession est enfin dotée d'un diplôme, et l'on voit apparaître une protection de celui-ci.

En mars 1969, lors des Journées pédagogiques de Strasbourg, organisées par le Comité d'Entente des Ecoles d'infirmières et des Ecoles de cadres (CEEIEC), l'infirmière constate qu'elle est trop médicalisée, de plus en plus dépendante d'une médecine en grand développement qui risque de l'éloigner de son rôle humain au lit du malade. Elle tient à confirmer qu'elle est traditionnellement désignée pour l'approche humaine de la personne malade, et se sent menacée d'une perte d'identité, si elle se laisse confiner à un rôle exclusivement technique, et donc relayable par d'autres professionnels dans l'approche humaine.

Depuis la loi du 31 mai 1978, l'article L. 473 du Code de la Santé Publique stipule : "*Est considérée comme exerçant la profession infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé, et de formation ou d'encadrement.*"

2.2 - La profession d'Infirmier Anesthésiste

➤ 2.2.1 - Un peu d'histoire sur la profession d'infirmier anesthésiste :

1846 : La première intervention sous anesthésie générale. Elle a été réalisée à l'éther, en ventilation spontanée pour l'excision d'une tumeur, à l'hôpital du Massachusetts (Etats-Unis). A cette époque les notions de ventilation artificielle n'étaient pas connues et si la ventilation du malade devenait inefficace, il pouvait mourir d'asphyxie.

1947 : Début des enseignements d'anesthésie en France. Ils étaient communs aux médecins et aux paramédicaux.

1949 : Un enseignement particulier aux paramédicaux sanctionné par une attestation de fin d'études.

1960 : Création d'un certificat d'aptitudes aux fonctions d'aide anesthésiste. La formation étant de 18 mois.

1962 : Reconnaissance de cette formation comme spécialité.

1988 : Créations du Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmières Spécialisées en Anesthésie et Réanimation (CAFISAR) et la création du corps des ISAR.

1991 : Création du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste ainsi que le corps des IADE.

On peut remarquer que notre profession est jeune et que plusieurs remaniements de statuts ont été effectués en 50ans.

➤ 2.2.2 - Qu'est ce qu'un(e) Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé d'Etat ?

Le cursus :

Un(e) IADE est un(e) infirmier(e) diplômé d'état qui a déjà exercé au minimum deux ans comme infirmier(e) dans un établissement de soins.

Après avoir réussi le concours d'entrée à l'école d'infirmiers anesthésistes, il ou elle a suivi une formation de 24 mois comportant des stages, un apprentissage théorique et la fin des études est sanctionnée par un diplôme d'état comportant une épreuve théorique et une épreuve pratique.⁴

« *La formation continue doit permettre de répondre à l'évolution des techniques, de maintenir et d'approfondir le savoir général, condition nécessaire d'une indispensable polyvalence des compétences* ». Cette formation est spécifique et continue sur les 2 ans, elle est pratique sur le terrain (stages d'anesthésie comprenant toutes les spécialités chirurgicales mais aussi de réanimation et de pré- hospitalier.). La formation continue sur le terrain est organisée par le cadre infirmier d'anesthésie, conjointement avec le chef de service ou le médecin anesthésiste réanimateur responsable. La formation théorique est dirigée par un cadre infirmier anesthésiste sous la responsabilité d'un directeur scientifique (Professeur d'anesthésie réanimation)⁵.

➤ 2.2.3 - Quel est le rôle de l'IADE :

Il accueille le malade en salle d'opération et prépare le matériel d'anesthésie. Il aide le médecin anesthésiste pendant l'intervention. Il assiste au réveil de l'opéré, il le surveille pendant quelques heures dans la salle de surveillance post-interventionnelle. Il range, nettoie et approvisionne en matériel la salle d'opération et de réveil.

Les compétences de l'IADE sont définies par le Décret n° 2004 - 802 du 29 juillet 2004 et notamment par l'article R. 4311-12 de ce dernier, qui précise la nature de leur habilitation et de leur exclusivité.

⁴ Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

⁵ Recommandation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) concernant le rôle de l'IADE 1ere édition Janvier 1995 (Formation)

Règles générales :

«L'anesthésie implique la présence continue auprès du patient de l'infirmier anesthésiste qui y participe. L'infirmier anesthésiste contrôle les réponses physiologiques et éventuellement psychologiques, interprète et utilise les données obtenues par les systèmes de surveillance invasifs et non invasifs. Il opère les corrections pour maintenir ou améliorer l'état physiologique du patient.»⁶

Rôle sur le site d'anesthésie :

« Il participe à la mise en place et à l'entretien de l'anesthésie avec le médecin anesthésiste réanimateur, avec qui il travaille en étroite collaboration.

Parallèlement à ses activités de soins, L'IADE a en raison de ses compétences, un rôle de gestionnaire du matériel d'anesthésie-réanimation»

Rôle d'encadrement :

«Il assure l'encadrement direct des étudiants infirmiers préparant le diplôme d'État et des étudiants infirmiers anesthésistes qui lui sont confiés par le service de soins infirmiers et la direction des écoles d'infirmiers.

L'IADE participe aux travaux de recherche relevant du domaine des soins infirmiers, à l'élaboration de protocoles ainsi qu'à l'évaluation des soins infirmiers en anesthésie. Il participe également aux actions de recherche mises en oeuvre par des médecins anesthésistes réanimateurs».⁷

2.3 - Le bloc opératoire

Bloc opératoire :

« Ensemble des installations servant aux intervention chirurgicales »⁸.

⁶ Recommandation du SNIA (Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes)

⁷ Recommandation de la SFAR concernant le rôle de l'IADE 1ere édition Janvier 1995 (Compétence et domaine d'activité)

⁸ Le petit Larousse grand format

« Ensemble de salles dans lesquelles se pratiquent les interventions chirurgicales, et de pièces annexes servant à la préparation des patients et à leur surveillance, ainsi qu'à la préparation du matériel stérile indispensable.

*Ces pièces doivent être indemnes de contamination, c'est pourquoi elles sont regroupées et isolées de l'extérieur : il est nécessaire de les désinfecter».*⁹

Le bloc opératoire est un espace fermé comprenant des salles d'opérations, une circulation des personnes, une circulation des fluides médicaux, une circulation des déchets, un système de purification de l'air, du matériel de chirurgie, des brancards roulants...

Les salles d'opérations comprennent des gaz médicaux (O², N²O, Air, Vide), une table d'opération, deux éclairages opératoires souvent impressionnants qui reflètent l'image de la personne une fois installée sur la table d'opération, des rangements métalliques sur roulettes pour les IBODE (Infirmier de Bloc opératoire Diplômé d'Etat), un respirateur d'anesthésie comprenant un ballon type B.A.V.U. (Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle), une aspiration, un électrocardioscope, un sphygmomanomètre, un capnographe, un saturomètre et un chariot d'anesthésie contenant un plateau d'intubation...

La température dans le bloc est d'environ 20°C et elle peut descendre jusqu'à 15°C en salle d'opération (je l'ai vérifié par moi-même), température qui n'est pas exceptionnelle.

Les malades ressentent une sensation de froid car un opéré nu réclame 24°C à 27°C.

Le bruit aussi est à noter, celui des boîtes d'instruments, des emballages stériles que l'on ouvre, du scope qui « bipe » au rythme de la fréquence cardiaque de la personne...

Toutes ces descriptions font que le bloc opératoire est très souvent assimilé à un atelier de réparation, à un atelier robotique. Cet endroit n'inspire pas confiance car dans notre société, les concepts de sécurité et d'ordre font référence au bien-être, au douillet¹⁰.

⁹ Dictionnaire encyclopédique de l'infirmière, p 42.

¹⁰ Mémoire de fin d'année de l'école des cadres. Mme G Pechou (cadre IBODE) « Rite de passage et bloc opératoire », p7 (http://www.iboptic.com/pagesrubs/dossiers/pg_dossier001.php)

2.4 - La personne soignée dans un Bloc opératoire.

Le passage au bloc est une épreuve pour la personne qui va être opérée. En effet l'opéré est obligé de passer par la case « bloc opératoire » pour régler un problème fonctionnel, biologique, pour limiter un envahissement tumoral, etc...

La personne arrive donc avec son vécu, ses peurs, ses angoisses, ses doutes.

L'expérience du bloc opératoire est parfois vécue non seulement comme une agression physique, mais comme une agression psychologique à cause de la nudité que l'on impose au malade en outre.

➤ 2.4.1 - Le sentiment de peur :

Il peut y avoir plusieurs raisons d'avoir peur en arrivant dans un bloc opératoire.

Les plus évidentes sont : L'inconnu.

L'anesthésie (peur de ne pas se réveiller).

La douleur.

Les suites de la maladie (notamment dans le cancer).

Dans son mémoire intitulé « *Rite de passage et bloc opératoire* » Mme Pechou nous décrit ce qu'est un rite de passage, comment il se reconnaît et comment il se structure. Dans une partie elle s'intéresse plus particulièrement au bloc opératoire.

Il en ressort que « *l'épreuve du bloc opératoire correspond à un passage entre la maladie et la santé* »¹¹.

Elle décrit aussi ce que peut ressentir un malade en arrivant dans un bloc opératoire.

Tout d'abord l'arrivée au bloc.

Ensuite le sentiment de peur.

L'attente dans le sas d'entrée de bloc opératoire.

Une sensation constante : le froid.

Un sentiment d'abandon (surtout s'il y a un manque de communication).

¹¹ Mémoire de fin d'année de l'école des cadres. Mme G Pechou (cadre IBODE) « Rite de passage et bloc opératoire », p7 (http://www.iboptics.com/pagesrubs/dossiers/pg_dossier001.php)

L'accueil du soignant ou le non accueil.

Le sentiment de sécurité est présent si l'accueil du malade et le réconfort sont respectés.

Il est bien connu que la personne qui va être opérée a son stress qui augmente juste avant l'intervention.

➤ 2.4.2 - Le stress :

Terme employé par H.Selye (à Montréal en 1936) pour exprimer l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un existant quelconque. L'existant peut être animé (microbe), physique (froid), clinique (poison), un trouble ou une lésion organique (hémorragie), nerveux (effort, émotion, désagréable ou agréable).

➤ 2.4.3 - Les effets du stress :

Le stress va entraîner des phénomènes somatiques appartenant au registre des troubles neurovégétatifs ; modification du tonus musculaire, troubles des rythmes cardiaques et respiratoires, des douleurs, des troubles du sommeil ou éventuellement une sudation, des paresthésies, pollakiurie, etc.

En outre peut exister des modifications neurobiologiques et endocriniennes.

a) Neurobiologiques

- Sur le système nerveux central : à l'EEG : diminution du rythme alpha et augmentation du rythme bêta.

- Sur le système nerveux autonome : augmentation des fréquences cardiaques et respiratoires, augmentation de conductance cutanée et diminution du débit sanguin cutané.

- Sur le système neuro-musculaire : augmentation du débit sanguin musculaire et de l'activité électromyographique dans certains muscles, augmentation du tremblement digital.

b) Endocriniennes :

On retrouve surtout une augmentation de la sécrétion d'adrénaline qui serait associée plutôt au stress psychologique, et une augmentation de la sécrétion de noradrénaline plutôt associée au stress physique.

L'arrivée au bloc opératoire est donc une période où les conséquences somatiques et psychologiques ne sont pas anodines et c'est donc pour cela que l'on doit en tenir compte dans l'approche de nos soins infirmiers et dans notre manière de soigner.

2.5 - Concept de soins infirmiers.

« Les soins infirmiers découlent des aspects du concept de soigner, qui sont traiter la maladie, et prendre soin de la personne. »¹²

➤ 2.5.1 - Le respect de la personne soignée :

Il est vrai que notre profession est attentive au respect de la vie et de la personne soignée ainsi qu'à sa dignité et son intimité¹³ en tout cas dans la conception de ses soins infirmiers. Cette notion de respect, de dignité et d'intimité est retrouvée dans la charte du patient hospitalisé,¹⁴ mais aussi dans le manuel d'accréditation des publications de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé) au chapitre intitulé «missions et objectifs»¹⁵ ainsi que dans la recommandation du SNIA (Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes) dans la partie « éthique et déontologie : l'infirmier anesthésiste et le patient ».¹⁶

➤ 2.5.2 - La personne soignée : un être "bio-psycho-social"

« La personne soignée doit être prise en considération dans sa globalité. C'est à dire que les soins qui lui sont donnés doivent tenir compte des composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ».¹⁷

¹² Mémoire pour l'obtention du diplôme d'université de philosophie option éthique présentée par Thierry Amouroux intitulé « *l'identité infirmière, entre recherche de reconnaissance et quête de sens* », p 10.

¹³ Art R4312-2 et L1110-2 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 « relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier »

¹⁴ Partie n°VII de la charte du patient hospitalisé : annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits du patient hospitalisé.

¹⁵ Manuel d'accréditation de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé), chap1, (DIP) référence 6 ; p43, 44, 47 ; Juin 2003..

¹⁶ Recommandations du SNIA pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste.

¹⁷ Art R4311-2 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

➤ 2.5.3 - La prise en compte de la douleur

« *La douleur, quelle soit physique ou psychologique doit être une préoccupation de tous les intervenants de soins* ». ¹⁸

Une partie du décret de compétence est réservée aux IADE au sujet de la prise en charge de la douleur post opératoire (Article R. 4311-12 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004).

2.6 - Le confort de la personne soignée

➤ 2.6.1 - Le confort physique :

Pour l'Organisation mondiale de la Santé, (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Genève 2001) : « *Prendre soin de soi en étant conscient qu'on doit veiller à ce que son corps soit en position confortable, qu'il n'aie ni trop chaud ni trop froid, et que l'on dispose d'un éclairage convenable* ». ¹⁹

Confort : « *Bien être physique et/ou psychique de la personne soignée. Les soignants ont pour mission, dans le cadre de leur rôle propre), de se préoccuper du bien être des patients au travers de toutes leurs interventions de soins. Il s'agit de veiller à ce que l'installation soit ergonomique, d'approcher du patient la sonnette ou les objets personnels, de se soucier du cadre de vie (lumière, chaleur, calme, bruit, etc)* ». ²⁰

(Défini par le Décret n° 2004 - 802 du 29 juillet 2004 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Dans un bloc opératoire on doit prêter attention au confort physique du patient, son installation, son expression verbale ou physique de la sensation de froid.

¹⁸ Partie n°II de la charte du patient hospitalisé : annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6mai1995 relative aux droits du patient hospitalisé.

¹⁹ Dictionnaire de l'académie française 9^{ème} édition.

²⁰ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, P74.

➤ 2.6.2 - Le confort psychologique :

Je n'ai pas retrouvé de définition exacte du confort psychologique, celle qui s'en rapproche le plus est celle du confort moral. Pour le dictionnaire de l'académie française le confort moral est : «*Le fait de se préserver de tout ce qui pourrait inquiéter ou troubler. Tout ce qui assure le bien-être de l'esprit et sa tranquillité*». ²¹

Le confort psychologique est pour moi ce qui peut s'apparenter au bien être moral, un état psychologique dans lequel le malade ne se sente pas en danger mais en sécurité.

2.7 - L'accueil et la relation

➤ 2.7.1 - L'accueil

Définition : «*Manière de se comporter avec une personne à son arrivée, mais aussi organisation sous-jacente qui permet d'assurer cet accueil et de préparer la personne à son séjour dans l'institution (pour un stage, une hospitalisation, une intervention chirurgicale...) : Il s'agit de lui présenter les différents intervenants et de lui expliquer les fonctionnements, les règles de vie, de ressources, etc. de l'établissement. Plus que l'admission, simple geste administratif, l'accueil est une prise en condition ; les soignants doivent faire preuve de valeurs humanistes*». ²²

Durant la formation de l'école d'infirmier anesthésiste chaque stage est validé par une évaluation faite par les IADE et le MAR (Médecin Anesthésiste Réanimateur) responsables de l'encadrement, qui comprend les critères de l'accueil et de la gestion du stress préopératoire :

«*L'élève infirmier anesthésiste accueille le patient et / ou sa famille, donne toutes les informations nécessaires, et vérifie leur compréhension. Prend en compte et apporte une réponse au stress préopératoire du patient.*» ²³

²¹ Dictionnaire de l'académie française 9^{ème} édition.

²² Dictionnaire encyclopédique de l'infirmière, p 5.

²³ Fiche d'évaluation de Stage. Cf. Annexe

L'accueil n'est pas seulement une préoccupation du soignant mais c'est aussi celle des établissements de soins.

Effectivement dans le manuel d'accréditation au chapitre 3, intitulé l'Organisation de la Prise en Charge des Patients, la référence 3 précise « *l'établissement met en oeuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage* ». ²⁴

L'accueil est primordial car il permet à l'infirmier d'agir sur la transformation du sentiment de peur en sentiment de sécurité.

Durant cette période la relation soignant-soigné peut devenir une relation d'aide du soignant pour le soigné.

L'infirmier a sa place au niveau de l'accueil, de la communication, du respect de la pudeur et du confort global du futur opéré.

➤ 2.7.2 - La relation

J'ai trouvé dans le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers de multiples définitions sur la « relation », bien qu'aucune n'apparaissait sur le dictionnaire des soins infirmiers où seule la notion de « soin relationnel » était présente.

Par soins relationnels, on entend dans le dictionnaire des soins infirmiers: Les interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication, en vue d'apporter aide et soutien psychique à une personne ou à un groupe (notion apparue vers 1970).

Relation : « *Lien existant entre des choses ou des personnes* » ²⁵

Relation d'aide ou relation de soutien :

« Technique d'entretien utilisant l'empathie, la reformulation, les interventions verbales et non verbales, et visant à aider une personne à exprimer ses problèmes afin de trouver en elle même les ressources nécessaires pour améliorer sa situation Cette relation peut s'établir lors d'entretiens ou lors de tout acte de soins ; elle est fondée sur le dialogue et l'écoute ». ²⁶

(Article R. 4311-2 et Article R. 4311-5 du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

²⁴ Manuel d'accréditation de l'ANAES, chap. 3, (OPC) référence 3 ; p55, 56, 59 ; Juin 2003.

²⁵ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, p 280

²⁶ Id., p 281

Relation soignant-soigné :

« Lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.

Cette relation nécessite trois attitudes :

- Un engagement personnel de l'infirmier, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres sentiments ;*
- Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ;*
- Un minimum de disponibilité.*

La relation soignante n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions »²⁷

Dans le mémoire de fin d'année de l'école des cadres de Mr Raffour Alain (Cadre IADE) intitulé « *Les attentes de l'opéré. Relation ou information ?* », on remarque que le patient « chirurgical » recherche plus une relation de bonne qualité avec le personnel soignant, qu'une réelle information. (Autrement dit il semble que le contact humain compte d'avantage que les renseignements pouvant être fournis).

Il a montré que tous les patients attendent ou ont apprécié une aide, un soutien, et, dans ce domaine, la communication non verbale occupe une grande place, ainsi que le respect de l'individu (ne pas être un numéro, être pris en considération, être appelé par son nom).

Les notions d'accueil et de gentillesse sont primordiales durant cette attente.

Il a démontré grâce à ses questionnaires et ses entretiens que les patients sont désireux d'être reconnus du personnel soignant, qu'ils attendent un soutien psychologique, une relation d'aide thérapeutique, plutôt qu'une réelle information.

Il a conclu son mémoire ainsi « *la technique doit rester au service du soigné et le soignant se doit d'humaniser la technique pour mieux soigner, pour mieux rencontrer l'Autre* ».²⁸

²⁷ Id., p 281

²⁸ Mémoire de fin d'année de l'école des cadres de Mr Raffour Alain (Cadre IADE) intitulé « Les attentes de l'opéré. Relation ou information ? », p 47.

➤ 2.7.3 - La dualité entre soins techniques et soins relationnels :

Dans un autre mémoire intitulé « *L'identité infirmière, entre recherche de reconnaissance et quête de sens* » l'auteur nous explique que la profession infirmière connaît une crise identitaire, d'une part la société ne répond pas à son besoin de reconnaissance du fait qu'elle soit écartelée entre deux grandes tendances :

Accomplir des actes techniques en tant qu'auxiliaire médicale
et
Accompagner la vie en tant qu'éducatrice de santé.

Il nous explique aussi que les soins infirmiers découlent des deux aspects du concept de soigner, qui sont : traiter la maladie, et prendre soin de la personne.

Il nous rappelle que l'infirmier représente avant tout une présence auprès du malade et donc, par son attitude, défend la valeur et la dignité humaine de ce dernier au sein de l'hôpital. Il démontre que le patient est un être « *bio-psycho-social* » et non une pathologie ou un organe malade que l'on essaye de soigner.

Il nous dit aussi : « *les infirmières sont partagées entre deux modèles idéaux, l'un plus technique, l'autre plus relationnel, selon qu'elles privilégient l'aspect "traiter" ou l'aspect "prendre soin" du concept soigner. Cette dualité est également présente dans chaque infirmière, et évolue avec le temps : quel que soit son "profil de départ", la jeune diplômée cherche à peaufiner sa technique (pour se rassurer par l'action), puis avec l'ancienneté, l'infirmière a tendance à plus se tourner vers le relationnel (pour donner un sens à son action)* »²⁹.

Il est vrai que notre profession d'infirmier anesthésiste est souvent perçue comme une profession très technique et certains IADE se réfugient derrière celle-ci et oublient de communiquer avec le patient. La pose de la perfusion par exemple à l'arrivée au bloc opératoire donne un aperçu de notre savoir-faire technique, d'où l'intérêt de poser celle-ci du premier coup (si possible), mais cela ne dispense pas l'infirmier anesthésiste de communiquer avec son patient.

Il est certainement vrai que l'expérience permet de ne pas se focaliser sur le geste technique.

²⁹ Mémoire pour l'obtention du diplôme d'université de philosophie option éthique présentée par Thierry Amouroux intitulé « *l'identité infirmière, entre recherche de reconnaissance et quête de sens* ». p 33.

2.7.4 - Qu'est ce que une relation de bonne qualité ?

Ce que l'on entend par une relation de bonne qualité ce n'est pas forcément « parler pour parler », pour combler un « vide », mais c'est pouvoir accueillir un patient avec le sourire, après s'être présenté. C'est être à l'écoute de la personne, répondre à ses attentes, à ses peurs, à ses questionnements. C'est pouvoir cerner en quelques minutes un besoin particulier (besoin de sécurité, d'être réassuré...).

La relation de bonne qualité est une relation qui satisfait le patient, elle est individuelle et personnalisée.

III - HYPOTHESE

Dans quelle mesure l'accueil développé par l'infirmier anesthésiste est il nécessaire pour améliorer le confort physique et psychologique de la personne soignée arrivant au bloc opératoire ?

IV - OUTIL D'INVESTIGATION

4.1 - Choix de l'outil

Quoi ?

L'outil qui m'est apparu le plus approprié pour aller à la rencontre des professionnels sur le terrain, a tout de suite été l'entretien semi-directif.

Pourquoi ?

Il propose des questions ouvertes, non directives qui laissent l'interlocuteur libre de ses réponses, tout en permettant de guider l'entretien pour obtenir les renseignements qui nous intéressent.

4.2 - Construction du guide d'entretiens

Comment ?

A partir de ma question centrale j'ai établi un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes.

J'ai essayé de mettre en relation les questions que j'allais poser pendant mes entretiens, avec la question centrale

Afin d'être disponible à l'autre le temps de l'entretien, j'ai enregistré les propos des professionnels. Chaque entretien a été retranscrit littéralement afin d'éviter toutes interprétations de sens qui peuvent apparaître lors de synthèses trop rapides.

4.3 - Choix de la population et du lieu

Qui ?

Je voulais au début questionner les personnes soignées, mais le temps était trop restreint et le nombre de questionnaires trop important pour que la valeur de l'étude soit correcte.

De plus je n'étais pas sûr d'avoir des résultats valables car les benzodiazépines ont des propriétés amnésiantes et par conséquent les personnes opérées ne se souviennent pas toujours de la période pré opératoire.

C'est pourquoi j'ai choisi d'interroger les IADE.

Tous ces IADE travaillent dans un même CHU (Centre Hospitalier Universitaire), dans un même bloc polyvalent faisant de la chirurgie réglée, mais aussi urgente.

Où?

Les entretiens se sont passés pour une partie des personnes interrogées (2) à leur domicile dans une pièce fermée et calme.

Pour les autres, ils se sont déroulés dans l'enceinte du bloc opératoire, dans une pièce fermée elle aussi, et sans être dérangés.

J'ai pu réaliser les entretiens des IADE dans des conditions très appréciables dans un cadre intime propre à la confiance.

Quand ?

Les entretiens ont été recueillis durant la période du 25 janvier 2005 au 20 février 2005

Combien ?

Au total quatre IADE.

La population des IADE comprend :

- Deux jeunes diplômés hommes (moins de deux ans d'exercice en tant qu'IADE)
- Deux femmes ayant plus de 15 ans de diplôme

La durée des entretiens s'est échelonnée de 25 minutes à 45 minutes selon les personnes.

4.4 - Limites de l'enquête

Les biais probables :

- L'entretien est un outil peu aisé à manier, il est difficile de ne pas orienter les réponses, il faut veiller à cela en permanence durant la conversation.
- J'ai essayé d'être le plus neutre possible mais je ne dis pas y être arrivé à 100%.
- Il est évident que le résultat dépend beaucoup du nombre d'entretiens (plus ils sont nombreux, plus le résultat est fiable), malgré tout, il m'aurait été difficile, vu la charge de travail liée aux études, d'exploiter correctement plus d'entretiens.

V - ANALYSE DES ENTRETIENS

Je vais procéder question par question.

Pour chacune d'elle, je vais expliquer quel était l'intérêt par rapport à ma problématique dans un premier temps, puis livrer les réponses données (IADE par IADE).

Enfin, j'analyserai les données à la fin de chaque question.

5.1 - QUESTION n° 1 : Depuis combien de temps exercez- vous en tant qu'IADE ?

Intérêt de la question:

Cette question vise à mettre en avant l'expérience professionnelle de chacun afin de savoir si l'ancienneté influe ou pas sur l'accueil.

IADE n°1 : « J'exerce depuis 16 mois. A d'abord travaillé dans une réanimation pendant un an puis a intégré le bloc ».

IADE n°2 : « J'exerce depuis 16 mois au bloc opératoire ».

IADE n°3 : « J'exerce depuis 17 ans au bloc opératoire ».

IADE n°4 : « J'exerce depuis 15 ans au bloc opératoire ».

Analyse des données :

À ce stade de l'investigation, les réponses ne sont pas exploitables, elles le seront ultérieurement.

5.2 - QUESTION n° 2 : Comment définiriez-vous la profession d'IADE ?

Intérêt de la question :

Vérifier si les IADE faisaient ressortir dans leur définition les notions de technique, de connaissances médicales spécifiques, de gestion de matériel, mais aussi et surtout de relationnel.

IADE n°1 : « *c'est un infirmier qui a développé des compétences dans le domaine de la réanimation, de l'anesthésie et des urgences.*

C'est un infirmier spécialisé mais infirmier quand même, j'y tiens ».

IADE n°2 : « Surveiller l'anesthésie du début à la fin, à l'induction tout ce qui est intubation, gérer le matériel, gérer l'anesthésie et appeler le MAR quand il y a besoin, sortie du malade, réveil du malade, gérer tout ce qui est décontamination, matériel, encadrement et accueil des élèves à différents stades de leur formation. ».

IADE n°3 : « C'est l'aide du médecin anesthésiste, mais en aucun cas un remplacement du médecin anesthésiste, c'est l'aider à accomplir les gestes de l'anesthésie générale, de surveillance, ou d'aider sur un réveil, ou d'aider sur une réanimation, sur du respiratoire... Mais c'est avant tout un rôle infirmier ayant une spécialisation. »

IADE n°4 : « Tu es un intermédiaire entre le médecin anesthésiste et le patient et je pense que dans la relation avec le patient, tu permets de faire passer des choses que le médecin anesthésiste a tendance à simplifier, et à rester purement technique. Je me sens infirmière d'abord, du côté de l'anesthésiste, mais du côté du patient aussi. »

Analyse des données :

On peut constater que sur les 4 IADE ayant répondu, 3 ont mis en avant le fait qu'ils étaient infirmiers avant tout.

A la façon dont ils expriment leur vision de la profession d'IADE, on peut avoir l'impression qu'ils justifient le fait d'être infirmiers avant tout comme si, dans la dénomination « infirmier anesthésiste », le terme d'« anesthésiste » (et tout ce qu'il sous tend de technicité, de connaissances médicales et pharmacologiques spécifiques) prédominait sur celui d'« infirmier » (et ses notions de relationnel, de relation d'aide, d'accueil...).

On peut donc remarquer qu'il y a une volonté d'affirmer son identité infirmière et tout ce que cela implique. Peut-être est-ce le fait de ne pas vouloir oublier, malgré sa spécialisation, les spécificités et les fondements du rôle propre infirmier (prendre soin de...).

Seul un IADE est resté dans une définition plus technique, et n'évoquant le relationnel qu'à travers l'encadrement des élèves.

5.3 - QUESTION n° 3 : Quels sont pour vous les critères d'un bon accueil de la personne arrivant du bloc opératoire ?

Intérêt de la question :

À travers leur réponse, connaître leur façon d'effectuer un accueil de qualité, et quels en sont les critères fondamentaux.

Parvenir à faire ressortir des éléments communs.

IADE n° 1 : *« Le critère primordial c'est d'être rassurant, (...), leur donner des repères »*
Pour lui, être rassurant c'est :

- Etre chaleureux.
- Avoir le sourire.
- Se présenter.
- Leur dire que l'on est là pour eux.
- Donner des explications sur l'environnement, les actes et aussi des repères.
- Prendre du temps.
- Prendre soin d'eux.

D'après lui, ce serait la vision idéale d'un bon accueil mais ce n'est pas ce qui est forcément fait.

IADE n° 2 : Pour lui, un accueil de qualité est très organisé et très protocolaire (Vérification de l'identité, de la feuille d'anesthésie, du niveau de stress, ensuite explication du déroulement de l'intervention, pose de la voie veineuse, puis période d'attente).

Pour faire baisser le niveau de stress : *« Au niveau du stress, j'essaie de leur expliquer ce qu'il va se passer. Si un patient est vraiment stressé dans le sas d'accueil, on peut aussi lui faire certaines médications (Midazolam) car parfois leur expliquer ne suffit pas. Ou alors on peut leur parler du pays, d'où ils habitent, ça permet de penser à autre chose ».*

IADE n° 3 : Elle estime cas de chirurgie réglée, il est inutile d'assaillir le patient de questions qui ont déjà été traitées lors de la consultation d'anesthésie et de la visite pré anesthésique, car cela est anxiogène : *« Je ne vais pas interroger la personne mais la mettre à l'aise. Je vais lui dire de penser à quelque chose d'agréable. Les gens arrivent dans un contexte stressant, il faut les libérer ».*

Elle pense également qu'il y a toujours un moyen d'aborder la relation : « *Je m'aperçois que même les gens qui ne parlent pas, on arrive toujours à les faire parler sur autre chose que l'intervention* » et ce par divers moyens :

- Le toucher.
- La relation en elle-même.
- Les paroles rassurantes.
- Détourner l'attention et la conversation de l'intervention.

IADE n° 4 : « *Je le fais un peu comme j'aimerais qu'on me le fasse...* »

Les critères importants pour elle, pour qu'un accueil soit de bonne qualité au bloc sont :

- Qu'il n'y ait pas d'anonymat « on appelle les gens par leur nom ».
- Il faut se présenter et dire sa fonction, elle dit : « je suis l'infirmière au côté de l'anesthésie » et non pas « je suis l'infirmière anesthésiste ».
- Il faut expliquer brièvement les actions que l'on va entreprendre.
- On peut aider les gens à verbaliser leur stress.
- On peut les aider à bien respirer justement pour faire diminuer le stress.
- La sophrologie.

Analyse des données :

On peut classer les éléments donnés dans trois grands items :

- La relation : On y retrouve la présentation, la disponibilité, les paroles rassurantes, et la tentative pour détourner l'attention de l'intervention...
- Les attitudes : Avoir le sourire, être chaleureux, prendre soins d'eux...
- Le physique : Le toucher, la sophrologie, l'administration de diverses thérapeutiques...

L'accueil imbrique donc plusieurs facteurs, il est complexe.

Il fait intervenir la façon d'être du soignant, son savoir faire (à travers le toucher, la relation d'aide par exemple), ses capacités d'observation (repérer le stress), etc....

Chacun d'entre eux verbalise différemment sa façon de faire mais un élément est commun à tous : la gestion du stress du patient.

Par rapport aux réponses données, le critère d'un bon accueil pourrait être, de par ce qu'ils ont unanimement répondu, la prise en charge efficace du stress.

Rappelons que le stress est un terme employé par H.Selye (à Montréal en 1936) pour exprimer : « *l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un existant quelconque. L'existant peut être animé (microbe), physique (froid), clinique (poison), un trouble ou une lésion organique (hémorragie), nerveux (effort, émotion, désagréable ou agréable)* » .

Ici l'existant est le contexte (arrivée au bloc opératoire, le froid, la peur de l'anesthésie et de la douleur)

5.4 - QUESTION n° 4 : Quels sont pour vous les critères d'un bon confort physique et psychologique de la personne soignée au bloc opératoire ? Et que mettez-vous en place pour y parvenir ?

Intérêt de la question :

Mettre en avant les points importants du confort physique et psychologique au bloc opératoire. Vérifier si les IADE y prêtent attention. Savoir si les critères d'un accueil de qualité et les critères d'un bon confort physique et psychologique comportent des éléments communs. Ceci pour faire un éventuel lien entre accueil et confort.

IADE n°1 :

Confort physique :

Pour lui trois problèmes majeurs ressortent:

➤ Le froid :

Les actions seront :

- Mettre des draps chauds.
- Y prendre garde.
- Attention à la plaque de bistouri quand le patient est réveillé.

➤ L'installation:

Les actions mises en place :

- Relever la tête (quand il n'y a pas de contre-indication).
- Attention à la douleur en cas de fracture par exemple.

- Les laisser se mobiliser seuls quand cela est possible (pour éviter de leur faire mal pendant les transferts).

- Leur dire que la voie veineuse ne les empêche pas de bouger.

➤ La douleur :

Les actions entreprises :

- Généraliser le patch d'Emla®.

- Surveiller la douleur, être à l'écoute.

- Attention aux mobilisations.

Deux mots illustrent ce résumé : *« Le froid essentiellement, la position, leur dire qu'ils peuvent bouger, et c'est vrai qu'on a tendance à vouloir qu'ils ne bougent pas. Dès qu'ils commencent à bouger un peu on leur dit : « ne bougez pas vous allez tomber de la table ! » »*.
« Enlever son masque, le protéger du froid, les asseoir, donner un oreiller... ; être à l'écoute, voilà, être infirmier, faire ce que personne ne fera à ta place. Ca, à mon avis, ça joue énormément sur la confiance que tu peux instaurer ».

Confort psychologique :

Pour lui, le critère majeur est de faire diminuer le stress. *« C'est la situation qui est anxiogène : peur de ne pas se réveiller, peur du diagnostic, peur des locaux. »*

Les actions seront :

-« plaisanter si on peut avec certaines limites », « Après si tu es en forme tu peux plaisanter, tu fais pas copain mais tu peux rigoler un peu. Ou alors déconner avec ton collègue, prendre les malades un peu à partie, mais gentiment j'entends, détendre l'atmosphère quoi. Mais il ne faut pas confondre entre je suis détendu et je suis laxiste. »

-« être à l'écoute de leurs angoisses, de leurs peurs

- enlever le masque lorsqu'on leur parle

- sourire

- faire attention à ne pas dépasser son rôle (exemple : un patient veut connaître son diagnostic.)

- resituer et expliquer les locaux, les appareils, les bruits

- empathie

- se mettre au même niveau que le patient : « Il faut partir du principe que toi tu es en position de supériorité et eux en position d'infériorité donc toi tu peux jouer le jeu, flatter ton ego et enfoncer le clou ou alors tu dis : vous savez je comprends ce que vous vivez, parce que toi aussi tu as été malade. Vous, vous ne savez pas ce que c'est, et bien si je sais, voila. C'est hyper important, t'es infirmier anesthésiste mais dans infirmier anesthésiste il y a infirmier avant».

IADE n° 2 :

Confort physique :

Comme pour l'IADE n°1, trois critères prédominent :

➤ Le froid :

Les actions seront :

- « Mettre des draps chauds ».

➤ L'installation. :

Les actions mises en place :

- « Relever la tête ».

- « Multiplier le nombre de personnes pour les transferts ».

- « Respecter l'intimité »

- « Etre attentif à l'intensité de la lumière ».

➤ La douleur :

Les actions entreprises :

« En cas de fracture, la douleur est gérée en pré anesthésie par un bloc nerveux ».

Confort psychologique :

Pour lui, ce qui est important : « l'accompagner et essayer de ne pas avoir trop d'intermédiaires sur son trajet qui le mène au bloc ; le suivre de A à Z, voire jusqu'au réveil ce serait magnifique ».

D'autres notions apparaissent par rapport à la relation :

- «Essayer de faire verbaliser les patients ».

- « Mais aussi respecter le fait qu'ils ne veulent pas toujours parler ».

- « Discuter ».

- « Accompagner ».

IADE n° 3 :

Confort physique :

Pour elle, les critères majeurs sont :

➤ Le froid.

Les actions seront :

- « Mettre des draps chauds ».

➤ L'installation.

Les actions mises en place

- « Mettre un oreiller ».
- « Diminuer la lumière ».
- « Faire attention au bruit ».
- « Faire patienter le patient en salle de réveil si les bruits de l'intervention précédente l'impressionnent, l'incommodent ou le stressent ».

Confort psychologique :

Il se base essentiellement sur la relation, toujours dans le but de « créer des conditions de calme », afin de faire diminuer le stress. Pour cela, elle :

- « Essaie de rassurer par sa présence ».
- « Essaie de rassurer par ses propos, en discutant ».
- « Anticipe la préparation de sa salle et de son matériel afin d' « éviter de s'agiter autour de la personne ».

IADE n°4 :

Confort physique :

Deux critères ressortent principalement :

➤ Le froid.

Les actions seront :

- « Mettre des draps chauds ».

➤ L'installation.

Les actions mises en place :

- « Respecter l'intimité ».
- « Créer une ambiance calme ».

Confort psychologique :

Pour elle, cela passe par :

- Se présenter (quel est son nom, sa fonction).
- Appeler les personnes par leur nom.
- Donner des explications.
- Rassurer par rapport à la douleur, à l'anesthésie.
- Arriver à faire que le malade se confie.
- Ne pas se poser en tant que personne supérieure : « *C'est une personne, tu fais des choses avec lui, mais c'est pas contre lui, tu n'as pas non plus à donner l'impression qu'il t'appartient* ».

Analyse des données :

On s'aperçoit que tous les IADE pointent les mêmes critères, surtout dans la catégorie du confort physique et les actions visant à améliorer celui-ci sont quasiment identiques :

- Le froid
- L'installation
- La prise en charge de la douleur

Pour ce qui est du confort psychologique, le but est le même pour tous : faire diminuer le stress.

Donc, confort et accueil sont bien liés, puisque dans la question précédente, l'important pour les professionnels interrogés était de faire diminuer le stress pour pouvoir dire que l'accueil était de qualité.

On peut donc faire le lien avec les définitions données dans le cadre conceptuel en relation avec le confort physique et psychologique :

➤ Le confort physique : -« *Prendre soin de soi en étant conscient qu'on doit veiller à ce que son corps soit en position confortable, qu'il n'ait ni trop chaud ni trop froid, et que l'on dispose d'un éclairage convenable* »³⁰

-Les soignants ont pour mission, dans le cadre de leur rôle propre, de se préoccuper du bien être des patients au travers de toutes leurs interventions de soins.

³⁰ Dictionnaire de l'académie française 9^{ème} édition.

Il s'agit de veiller à ce que l'installation soit ergonomique, d'approcher du patient la sonnette ou les objets personnels, de se soucier du cadre de vie (lumière, chaleur, calme, bruit, etc.)³¹ (défini par le Décret n° 2004 - 802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

➤ Le confort psychologique : *« le fait de se préserver de tout ce qui pourrait inquiéter ou troubler. Tout ce qui assure le bien-être de l'esprit et sa tranquillité. »³²*

5.5 - QUESTION n° 5 : Quels sont, à votre avis, les bénéfices de l'accueil et de la relation sur le confort de la personne soignée ?

Intérêt de la question :

À travers cette question j'ai voulu vérifier si les IADE sont persuadés que l'accueil est bénéfique sur le confort de la personne soignée.

IADE n°1 :

Il nous dit que le bénéfice primordial est la diminution du stress : *« Quelqu'un qui s'endort stressé se réveille stressé ». Ce stress, s'il n'est pas canalisé avant l'induction, se retrouvera au moment du réveil et ne sera plus alors qu'un problème au niveau relationnel, mais relèvera aussi du domaine médical.*

Cette diminution de stress va entraîner chez la personne un mieux être.

« Je ne vois pas ce que tu peux avoir comme inconvénient à aider quelqu'un à se détendre »

Donc pour lui : *« L'expérience est moins traumatisante, c'est du bien-être, ils vivent mieux, alors tout le monde y gagne. C'est des choses qui me satisfont autant que d'avoir mené bien mon anesthésie. ».*

Le patient, d'après lui, gardera un meilleur souvenir, ce qui sera bénéfique pour lui par rapport à une éventuelle intervention future. Le bénéfice sera également pour l'équipe soignante qui aura d'autant moins de difficulté à rassurer le patient.

Par rapport à l'aspect économique, c'est-à-dire aux bénéfices directs que la structure hospitalière pourrait en tirer, il dit : *« Je ne crois pas que ça va diminuer le temps de séjour, ou la consommation en médicaments, ou le nombre de plaintes, j'y crois pas trop à cette histoire, et puis le but c'est pas ça. Par contre c'est bon pour la réputation du service ».*

³¹ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, P74.

³² Dictionnaire de l'académie française 9^{ème} édition.

IADE n°2 :

L'enjeu primordial pour lui est d'abord médical, bien qu'il n'exclue pas la notion de confort. Il exprime lui aussi l'idée qu'une personne stressée au moment de l'endormir se réveillera dans le même état : *« Le bénéfice se trouve d'abord dans l'anesthésie, car une personne détendue s'endormira dans de meilleures conditions et se réveillera dans de meilleures conditions aussi. On sait que les patients qui s'endorment de façon agitée seront agités au réveil et ce sera inconfortable pour eux, car ils seront attachés. Tout ce qu'on aura fait en relationnel se retrouvera au réveil et le patient vivra beaucoup mieux son anesthésie ».*

On retrouve dans ses propos, comme pour l'IADE précédent, la notion de « souvenir » du patient : *« Si on a un bon relationnel avec le patient, il se rappellera de nos visages et le bloc ne reste pas un endroit froid et à oublier au plus vite ».*

IADE n° 3 :

Comme ses collègues, elle fait le lien entre l'accueil et la phase de réveil :

« Si tu arrives à rassurer quelqu'un et à créer un climat de confiance, je pense que déjà tu vas pouvoir l'endormir d'une autre façon, tu vas avoir un réveil autre ».

Il est donc primordial pour cette IADE de rassurer les patients, de créer un climat de confiance et de leur expliquer que le réveil se fera dans le bruit, afin qu'ils ne soient pas inquiets ou déstabilisés.

IADE n° 4 :

Pour elle, les bénéfices seront dans tous les domaines (médical, confort du patient, plus de facilité pour l'IADE à gérer l'anesthésie, etc....)

Elle aussi appuie le fait qu'un endormissement calme induira un réveil calme.

Analyse des données :

Il y a une notion que l'on retrouve chez tous les professionnels, c'est celle du rapport entre l'endormissement et le réveil, tous disent *« qu'un patient stressé se réveillera stressé ».*

Ensuite chacun d'eux met l'accent sur les répercussions que cela peut avoir : trois IADE sur quatre, mettent en avant la notion de confort du patient.

Un seul d'entre eux fait passer la gestion de l'anesthésie au premier plan, mais souligne tout de suite après que le confort du patient doit être respecté, pour son bien-être.

On peut donc déduire de ces réponses que les professionnels ont bien repéré un lien entre accueil et confort du malade et qu'ils s'attachent à le réaliser de manière efficace, à la fois pour le patient mais aussi pour une bonne gestion de l'anesthésie proprement dite.

5.6 - QUESTION n° 6 : Quelle place accordez-vous à l'accueil (et à la relation) dans votre profession d'IADE au quotidien ?

Intérêt de la question :

Savoir si l'accueil est une chose importante dans leur pratique car si tel n'est pas le cas, une évolution sera plus difficile à ce niveau au bloc opératoire.

Savoir si leur vision (c'est-à-dire il faut faire comme ci ou comme ça pour une pratique idéale) rejoint leur pratique quotidienne.

IADE n° 1 :

La place de l'accueil pour lui est importante : « *Quand tu sens que tu as apporté du réconfort à quelqu'un, tu te sens presque 'aussi utile que si t'as mis deux barres parallèles sur ta feuille d'anesthésie. Mais c'est pas facile à faire* ».

Cependant il ne parvient pas à tout faire : il est en effet diplômé depuis 16 mois et exerce au bloc depuis 4 mois (confère question n°1). Il nous dit : « *Elle (la place de l'accueil) n'est pas prépondérante parce que je débute, tout de suite je suis plus concentré sur les protocoles, les drogues, la technique parce que tout de suite j'estime que c'est plus important pour moi. Une fois que je me serai libéré de ça, (...), et que ce sera un peu plus structuré, le temps que j'aurai en plus ça ne sera pas pour aller boire un café* ».

Il soulève également le fait que personne ne reprochera à un IADE de ne pas avoir assez parlé avec un malade, par contre on ne lui passera pas une erreur technique ou un oubli primordial dans la conduite de l'anesthésie : « *Ca (le relationnel) ne fait pas partie des choses que l'on t'impose. On t'impose que ta salle soit prête, et c'est plus important que l'on incise à l'heure et que le chirurgien soit prêt, que le malade se sente rassuré* ».

IADE n° 2 :

Il reprend la même idée que l'IADE n°1, à savoir : « *On sait que ça reste secondaire. On ne nous reprochera jamais de n'avoir pas fait assez de relationnel, mais on va nous faire des reproches s'il manque une seringue ou quelque chose sur le plateau d'intubation. Et ces priorités on est obligé d'en tenir compte* ».

IADE n° 3 :

« *C'est aussi important que d'avoir le calme dans la salle quand tu endors. Avoir le respect de la personne que tu as entre les mains. Ce respect tu l'as à partir du moment où la personne te fait confiance* ».

Pour elle, c'est une priorité.

IADE n° 4 :

L'accueil pour elle est une priorité : « *Je le place comme une priorité. La priorité c'est de s'occuper d'un être humain, donc c'est de l'accueillir. Toi qui connais le processus, tu es là pour expliquer clairement ce que tu vas leur faire, à la limite c'est à toi de le dire, c'est pas à eux de le deviner ; et c'est pas une chose qu'on trimbale c'est quelqu'un qui est capable de comprendre. Il n'est pas à notre disposition* ».

Analyse des données :

On peut maintenant exploiter la question n°1 en relation avec celle-ci.; En effet, il est visible que l'ancienneté des professionnels peut (mais ce n'est pas obligatoire) jouer un rôle dans l'accueil de la personne soignée ; l'un des IADE le dit ouvertement, il ne parvient pas à tout gérer pour l'instant et se focalise plus sur le côté technique et les connaissances médicales que sur le relationnel, tout simplement parce qu'il ne peut pas, pour l'instant, tout faire en même temps. Cela reste néanmoins un objectif qu'il s'est fixé : dès qu'il sera plus à l'aise, le temps qu'il lui restera sera imparti au relationnel et à l'accueil.

Pour les deux IADE ayant plus de quinze ans d'expérience (n°3 et n°4), au contraire, l'accueil est une priorité et elles ne trouvent aucune excuse à ce que celui-ci soit bâclé.

Thierry Amouroux illustre bien cette idée : « *les infirmières sont partagées entre deux modèles idéaux, l'un plus technique, l'autre plus relationnel, selon qu'elles privilégient l'aspect "traiter" ou l'aspect "prendre soin" du concept soigner.*

Cette dualité est également présente dans chaque infirmière, et évolue avec le temps : quel que soit son “profil de départ”, la jeune diplômée cherche à peaufiner sa technique (pour se rassurer par l’action), puis avec l’ancienneté, l’infirmière a tendance à plus se tourner vers le relationnel (pour donner un sens à son action) »

Une notion ressort également, c’est celle de l’obligation d’être « irréprochable » au niveau de la préparation et de la conduite de l’anesthésie, chose qui n’est pas forcément le cas avec l’accueil.

5.7 - QUESTION n° 7 : Quels sont les freins, dans votre pratique quotidienne, à la réalisation d’un accueil de bonne qualité ?

Intérêt de la question :

Le but de cette question était de pouvoir mettre en avant les points sur lesquels il faudra travailler pour améliorer l’accueil au bloc opératoire. En soulignant les freins à un accueil de bonne qualité on pourra aussi voir si avec l’expérience des professionnels ceux-ci sont différents.

IADE n° 1 :

Pour lui le premier frein est le manque de temps, effectivement il nous dit : « *Mine de rien faire de l’accueil ça prend un peu de temps. C’est plus facile de se jeter sur le mec, de lui poser sa voie veineuse et de le rentrer pour lui mettre des draps chauds que de dire bonjour, je m’appelle un tel, on va faire ça, ça et ça , ne vous inquiétez pas, avant de se jeter sur lui*».

« *Ca demande un peu de temps, alors effectivement ça ne demande pas beaucoup de temps mais multiplié par le nombre de malades, multiplié par le fait que tu as l’habitude ou pas. Quand tu as pas l’habitude tu voudrais bien le faire et tu le fais pas et puis quand tu as l’habitude tu t’installes dans une routine et tu as tendance à le faire moins* ».

Un autre frein important est la taille de la structure il nous dit « *Plus tu es dans une grosse structure et plus c’est dur* ».

L’organisation en est aussi un : « *On t’impose que ta salle soit prête, et c’est plus important que l’on incise à l’heure et que le chirurgien soit prêt, que le malade se sente rassuré*».

Enfin le dernier frein est en fait l’envie : « *Il faut être au clair avec son métier, c’est pas tous les jours facile de le faire. Il y a le côté humain du métier et là l’humain c’est toi*».

Il y a des jours, je suis mal gratté et j'ai pas envie de le faire, c'est pas bien, mais bon, c'est comme ça ; j'en suis pas fier mais il faut être honnête. Si tu n'y crois pas tu ne le fais pas».

IADE n° 2 :

Pour celui ci le premier frein est aussi le manque de temps. Le deuxième est la présence ou non d'un élève.

Le troisième est si le MAR relaye son IADE.

Enfin le dernier frein est le « feeling » avec le malade. Pour illustrer cela il répond à la question en disant : « *Le temps ; est ce qu'on est plusieurs en salle ? ; est ce qu'on a un MAR qui relaie les infirmiers ? ; est ce qu'on a le temps de préparer l'intervention suivante ? , etc...*

Ce qui est important c'est le premier contact, c'est là qu'on voit tout de suite si on peut aider le patient ».

L'organisation peut aussi en être un, en effet l'accueil diffère pour lui entre le 1^{er} et les autres patients du programme : « *Mon accueil n'est pas le même parce que le 1^{er} malade arrive tôt et on a le temps de s'en occuper. Après on aura du temps si on a un élève, si on est plusieurs en salle. Si t'es seul, tu sors le malade et on va vite perfuser le prochain malade et ce sera fait dans de mauvaises conditions».*

IADE n° 3 :

Pour elle le premier frein est la pression impliquée par le médecin anesthésiste réanimateur mais elle dit continuer à faire ce qu'elle a à faire. « *La personne n'a pas à supporter les conflits entre soignants ».*

Le deuxième frein est l'urgence mais « *il y a toujours façon de faire bien ».*

En fait nous dit : « *Pour moi, il n'y a rien qui empêche de faire du relationnel.*

Je crois que de dire qu'il y a un manque de temps pour le relationnel, ce n'est pas vrai. Je crois qu'on peut arriver à faire des choses (pose de voie veineuse, lire le dossier, ...) et parler en même temps de la pluie et du beau temps.

On n'a qu'une salle à faire, et un malade à chaque fois. Tu connais ton programme, tu arrives le matin, tu prends tout ce dont tu as besoin pour les interventions ».

Elle nous dit aussi qu'elle essaie d'être la même pour tous les patients : « *J'essaie, parce que c'est une période importante pour le reste, ne serait-ce que par un petit mot, en leur demandant s'ils n'ont pas froid, en leur disant que ça ne va pas être long. Il y a toujours un petit mot à dire* ».

IADE n° 4 :

Pour cette dernière la pression est aussi le frein de plus marquant : « *C'est quand on te met de la pression alors que c'est pas vital pour le patient. C'est quand on te dit ça (l'accueil, parler avec le patient), c'est pas important*».

A travers cette question elle nous dit que son accueil peut différer aussi selon elle même:

« *Tu n'es qu'un être humain avec tes faiblesses. J'essaie d'être d'humeur relativement stable, mais il y a bien des trucs que tu ne peux pas dominer, donc c'est pas toujours facile. Tu ne peux pas être zen tout le temps. Ça dépend avec qui tu travailles, ça dépend de la pression qu'on te met, et il y a des jours où tu la gères mieux, et des jours où tu la gères moins bien* ».

Analyse des données :

On remarque à travers les réponses des IADE que pour les deux premiers le manque de temps est le frein principal. Une réponse commune aussi pour ces deux IADE est l'organisation.

Alors que pour les deux IADE suivant le frein majeur est la pression.

Il semblerait donc que pour les jeunes diplômés le manque de temps et l'organisation (du travail ou de la structure) sont les facteurs responsables d'un accueil de moins bonne qualité, tandis que pour les IADE plus « aguerris » ce serait plutôt la pression.

La présence technique n'a sa pleine valeur que si elle est doublée d'une présence humaine.

J Sarano.

VI - SYNTHÈSE

A travers l'analyse des données, plusieurs éléments ressortent.

D'une part, ce qui m'a surpris, c'est le besoin de préciser que lorsque nous sommes IADE, nous sommes infirmiers avant tout, comme si lorsqu'on se spécialisait dans cette voie, on « perdait » quelque chose au lieu de s'améliorer au contraire ; comme si le relationnel incombait à l'infirmier et que l'IADE n'était pas « obligé » d'être bon dans ce domaine.

C'est d'ailleurs une notion que l'on retrouve lorsque les professionnels répondent, « *on ne leur reprochera pas de n'avoir pas rassuré un patient, mais qu'ils seront repris si la gestion de l'anesthésie n'est pas bonne* ». D'autres vont plus loin et disent, « *on leur reproche parfois de « perdre du temps » à rassurer ou à parler à un patient* ».

Ce besoin de spécifier que l'on est infirmier avant tout est peut-être également dû à l'aspect très technique et aux connaissances pointues nécessaires à l'exercice de cette profession.

Il est également peut être dû à la vision de cette spécialisation par les autres soignants (infirmiers non spécialisés), qui ont parfois une vision et un discours péjoratifs sur leurs collègues : on entend souvent dire que ce sont de minis médecins, que ce sont des « cow-boys », qu'ils sont uniquement techniques et là pour se glorifier de gestes techniques, que le relationnel ne les intéresse pas, etc.... Autant de clichés et de paroles qui m'ont poussé à faire mon mémoire sur un sujet qui ne touche pas que la sphère technique.

Dans un second temps, j'ai été agréablement surpris de voir que les IADE ne négligeaient pas l'aspect relationnel de leur profession et que lorsqu'ils le faisaient, ils en avaient majoritairement conscience et se donnaient pour objectif de pallier à ce manque rapidement. Ils étaient lucides sur leurs points faibles et étaient aptes à analyser ce qui les gênaient dans leur pratique quotidienne pour effectuer un meilleur accueil (ce qui tend à prouver qu'ils se sont certainement déjà posés la question et que par conséquent, la question de l'accueil du patient ne les laisse pas indifférents).

La technique non maîtrisée faute d'ancienneté ou, par manque de temps, la pression des médecins, le facteur humain du soignant, le manque d'organisation, la taille de la structure...

Par contre, une IADE précise bien « *qu'il n'y a aucune excuse à ne pas accueillir de façon convenable, qu'on peut toujours trouver le temps, quitte à faire plusieurs choses en même temps* ».

Il y a une phrase que je retiendrais et qui reflète bien ma pensée : « *Il y a toujours un petit mot à dire* ».

Il suffit parfois de peu de choses pour rassurer un patient et lui montrer que nous sommes là pour et avec lui.

Le fait de repérer les « failles » du soignant, de l'organisation, de la structure peut permettre de trouver des solutions, ce qui est de mon point de vue très positif. Dans l'idéal tous les soignants savent ce qu'ils devraient ou voudraient faire mais dans la pratique il en est autrement, à leur grand regret.

D'autre part, la notion omniprésente chez tous les IADE et qui revient sans cesse, c'est celle du stress, de son repérage (par l'observation infirmière), jusqu'à sa gestion (par une prise en charge majoritairement relationnelle, bien que quelques fois médicamenteuse).

C'est pour eux le critère d'un accueil réussi, et en vue duquel tous les moyens vont être mis en place, tant au point de vue relationnel, qu'au point de vue des attitudes du soignant (de son savoir être), ou des actions visant à apporter un confort physique au patient (chaleur, diminuer au mieux la douleur, ...). Ceci pour le confort physique et psychologique du patient mais également parce que, comme ils l'ont tous dit, le stress aura une influence sur l'endormissement et le réveil, donc sur la gestion de l'anesthésie.

A travers tous ces entretiens, il ressort donc que l'accueil aura obligatoirement une incidence sur le confort psychologique et physique du patient. Un accueil de mauvaise qualité, voire inexistant, sera préjudiciable pour le patient : stress, anxiété, angoisse, mauvais souvenir donc appréhension augmentée pour une éventuelle future opération, mauvais réveil, et pour les IADE, qui seront confrontés à une gestion anesthésique plus difficile.

Donc mon hypothèse de départ : « Dans quelle mesure l'accueil développés par l'infirmier anesthésiste est-il nécessaire pour améliorer le confort physique et psychologique de la personne soignée arrivant au bloc opératoire ? » trouve là sa réponse : Même si l'anesthésie est de très bonne qualité, ce ne sera pas suffisant pour pouvoir dire que la phase pré-opératoire est satisfaisante. L'accueil reste une condition sine qua non à une prise en charge satisfaisante du patient.

VII - PROPOSITIONS DE SOLUTIONS, PISTES DE REFLEXIONS

Tout d'abord quelques solutions ont été déjà données par les IADE pour améliorer l'accueil.

En effet ce qui ressort des entretiens, c'est que pour qu'un accueil soit réussi, il faut que le patient en tire un bénéfice.

Le bénéfice peut être immédiat par une amélioration de son confort et une diminution de son stress, un meilleur endormissement... Mais il peut être aussi secondaire notamment au réveil, puis plus tard dans la satisfaction du patient vis à vis de sa prise en charge.

Agir individuellement sur cet accueil est certainement indispensable pour qu'il soit personnalisé, mais il faut aussi qu'il y ait une dynamique de groupe. C'est-à-dire que tous les intervenants, qu'ils soient plus ou moins impliqués dans la prise en charge du malade, soient attentifs à leur façon d'accueillir les personnes.

Le travail en équipe est là un concept fort important pour améliorer notre prise en charge de soignant.

Il est vrai que d'essayer de faire attendre le moins possible un patient dans un sas d'anesthésie, (ce qui sous-entend qu'il soit appelé du service ni trop tôt ni trop tard, que les brancardiers soient à l'heure, que l'intervention précédente soit quasi terminée, que l'IADE puisse se libérer quelques minutes pour l'accueillir, que le ménage « entre deux » soit fait à temps), demande de l'organisation médicale, paramédicale et des agents de service.

Cette organisation de la structure semble être un frein à un accueil de bonne qualité.

Pour y remédier il faut certainement que les acteurs soient sensibilisés à l'importance de l'accueil en tant que soins.

Que pourrait-on mettre en place dans les services pour améliorer l'accueil ?

Réorganiser le bloc, sensibiliser par des formations le personnel, instaurer des protocoles d'accueil, pointer d'avantage le critère relationnel lors des notations annuelles ?

Pour moi la réponse est non, car à mon sens le moteur et la base d'un accueil de qualité est L'ENVIE du soignant et son implication personnelle : les formations (en sachant que la demande de formation vient de l'agent), les protocoles sont nécessaires et sont des repères pour les soignants, sont nécessaires, mais pas suffisants, ce ne sont pas des solutions miracles

Cette envie ne peut exister que si le soignant se sent bien dans son travail et sa fonction, que si cela vient de lui et non d'une obligation de l'institution dans laquelle il travaille et cela peut passer selon moi par divers moyens :

- Les équipes de bloc ont rarement voire pas du tout de retour sur les impressions des patients, les échos, qu'ils soient positifs ou négatifs sont souvent rapportés à l'équipe du service de chirurgie ou aux proches ; les équipes peuvent donc moins s'impliquer ou se remettre en question. Exemple : si un patient est insatisfait de l'accueil, qu'il pense qu'il a été considéré comme un numéro et que cela ne remonte pas au niveau de l'agent responsable de son accueil, comment ce même agent peut-il se remettre en question ?

Au contraire, si le patient est satisfait, cela pourra être un moteur, une motivation pour lui de continuer à soigner son accueil.

- Avoir du respect les uns envers les autres : les conflits au sein du personnel, cette pression existent et impliquent une tension importante qui stresse le personnel.

- Le manque de temps est un facteur qui est souvent revenu, et le temps manque faute d'une organisation à revoir peut-être, mais aussi par manque d'effectif. Le syndrome d'épuisement professionnel existe et le repérer et aider les agents qui en sont victimes peut être une piste à ne pas négliger.

La réalisation de ce travail m'a amené à m'interroger sur d'autres choses.

Le niveau de stress du patient ne dépend-il pas de celui du soignant ?

Un agent stressé pourra-t-il accueillir un patient de façon satisfaisante ?

Dans quelles mesures l'IADE au niveau national est-il sensible à la réalisation d'un accueil de bonne qualité au bloc opératoire ?

Un soignant qui ne désire pas accueillir, qui n'y accorde pas d'importance, peut-il être contraint de s'impliquer dans le relationnel ? Et si tel est le cas, cet accueil sera-t-il de bonne qualité ?

Un autre question qui m'a parue importante à soulever est : comment sont perçus les IADE par les autres professions paramédicales ? Des techniciens « purs », pleins de connaissances ou des soignants à part entière ?

Une remarque par rapport au fait que les IADE ont ce besoin de préciser qu'ils sont avant tout infirmiers. Comme si le fait d'être spécialisé enlevait le titre d'infirmier !

Peut-t-on donc penser que la spécialisation dans une profession induit un malaise vis à vis de cette même profession ?

« Les hommes n'ont pas besoin d'autre chose en ce monde que d'autres hommes capables de faire attention à eux, chose rare, très difficile, c'est presque un miracle. »

Simone Veill.

VIII - CONCLUSION

Ce travail m'a permis de mettre en application une méthodologie et de réaliser une enquête de terrain

Il en ressort non seulement que l'accueil bien réalisé permet d'améliorer le confort physique et psychologique de la personne venant au bloc opératoire, mais qu'il permettra aussi de mieux gérer le stress induit par le contexte de la chirurgie, de l'anesthésie, du lieu, du bruit, du froid...

De plus je ne pensais pas en réalisant les entretiens, que l'accueil était aussi important aux yeux des IADE (tout en sachant que ce mémoire n'est appuyé que par 4 témoignages).

Ce travail m'a conforté dans ce que je pensais déjà, dans mes convictions et ma façon de travailler, cela n'a fait que renforcer mes conceptions du soin et mon envie de m'améliorer encore dans la relation aux autres.

Il n'est en aucun cas un jugement envers mes collègues; que ce soit les infirmiers plus dans la techniques ou ceux qui sont plus dans le relationnel. Je pense que la diversité de personnes et de conceptions est bonne, voire nécessaire.

N'oublions pas qu'il n'existe pas d'infirmier type, tout comme il n'existe pas de patient type : L'un sera rassuré par un infirmier qui posera une vvp en une seule fois, d'un geste simple et précis, sans que l'IADE ai besoin de faire de grands discours ; Un autre aura besoin de parler énormément pour exorciser sa peur...

Il y a effectivement le modèle que l'on nous inculque à l'école lors de nos études infirmières, dans les ouvrages professionnels, et il y a ce que nous sommes, avec notre vécu, nos idées, nos coups de blues, nos émotions, notre ras le bol parfois...

Ce qui certain, c'est que ce travail ne peut être bien fait, que si on l'aime. On ne peut faire ce métier, qui touche à l'humain, si l'on n'en a pas réellement envie.

Il en est de même pour l'accueil et la relation.

IX - BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

Etude sur les soins et le service infirmier, cahier n°10, p 30

Le petit Larousse grand format

Dictionnaire encyclopédique de l'infirmière, p5, p42

Dictionnaire de l'académie française 9^{ème} édition.

Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, p74, 280, 281

TEXTES :

Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

Recommandation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) concernant le rôle de l'IADE 1ere édition Janvier 1995 (Formation)

Recommandations du SNIA pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste.

Recommandation de la SFAR concernant le rôle de l'IADE 1ere édition Janvier 1995 (Compétence et domaine d'activité)

Art R4312-2 et L1110-2 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 « relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier »

Art R4311-2 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

Partie n°VII de la charte du patient hospitalisé : annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6mai1995 relative aux droits du patient hospitalisé.

Manuel d'accréditation de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé), chap1, (DIP) référence 6 ; p43, 44, 47 ; Juin 2003.

Manuel d'accréditation de l'ANAES, chap. 3, (OPC) référence 3 ; p55, 56, 59 ; Juin 2003.

MEMOIRES :

Mémoire de fin d'année de l'école des cadres. Mme G Pechou (cadre IBODE) « Rite de passage et bloc opératoire », p7

(http://www.iboptoc.com/pagesrubs/dossiers/pg_dossier001.php)

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'université de philosophie option éthique présentée par Thierry Amouroux intitulé « *l'identité infirmière, entre recherche de reconnaissance et quête de sens* », p 10, 33

Mémoire de fin d'année de l'école des cadres de Mr Raffour Alain (Cadre IADE) intitulé « Les attentes de l'opéré. Relation ou information ? », p 47.

Fiche d'évaluation de Stage

SITES INTERNET :

www.infirmiers.com/carr/iade/iade.php

http://www.etudiantinfirmier.com/index_pratique.php?page=14%20-%2024k

http://www.iboptoc.com/pagesrubs/dossiers/pg_dossier001.php

<http://www.sfar.org/s/>

<http://www.snia.net/home.htm>

<http://www.infiweb.org/>

<http://www.infiweb.org/D/profession/documents/iade/iade-fiche-gouv.pdf>

Annexes

Ce travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste porte sur l'accueil des patients par l'infirmier anesthésiste arrivant au bloc opératoire.

Ce mémoire part d'une constatation : l'accueil n'est pas toujours une priorité au bloc opératoire et ce manque induit un manque certain de confort physique et psychologique de la personne soignée.

Quels sont les répercussions et les bénéfices de l'accueil ? Quelle place tient l'accueil dans la pratique quotidienne des IADE ? Comment bien gérer le stress du patient ? Quels sont les freins à un accueil de bonne qualité ? Quelles solutions apporter pour que l'accueil soit amélioré ?