52e congrès national d'anesthésie et de réanimation.
Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état
© 2010 Sfar. Tous droits réservés.

La polyvalence des infirmiers anesthésistes

P. Sautier[1]

[1]IADE Cadre de Santé - Hôpital Purpan, Place Baylac, TSA 40031, 31059 Toulouse cedex 9

E. Mail : sautier.p@chu-toulouse.fr

G. Loison[2]

[2]IADE Cadre Supérieur de Santé - Centre Hospitalier des Escartons, Avenue Adrien Daurelle, 05100 BRIANCON

E. Mail : gloison@ch-briancon.fr

S. Zeitoun[3]

[3]IADE Cadre de Santé formateur - Ecole des Infirmiers Anesthésistes AP-HP, 47, bd de l'hôpital, 75013 Paris

E.Mail : sylvie.zeitoun@dfc.aphp.fr

PRESENTATION ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Lors d'un précédent congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation, une équipe marseillaise avait traité le thème de « la polyvalence et la profession d'IADE ». Elle avait défini différents les concepts de polyvalence et développait les notions d'adaptabilité, de flexibilité puis comparait deux organisations de travail. Ce retour d'expérience sur la mise en place de la polyvalence au sein de différents services d'anesthésie montrait que la majorité des infirmiers anesthésistes interrogés refusait la mobilité et que la principale crainte était la perte d'autonomie et de pouvoir.

Aujourd'hui, les restructurations des hôpitaux, les nouveaux référentiels métiers et l'élaboration de référentiels de compétence, nous ont amenés à nous interroger sur cette thématique de la polyvalence des infirmiers anesthésistes.

Exerçant dans des régions et des types d'établissement différents (CHU – CHG – École d'anesthésie), l'enquête allait nous permettre de confronter des exercices certainement

différents les uns des autres, de mettre en lumière un possible écart entre la représentation des élèves sur leur future polyvalence et le vécu des infirmiers anesthésistes en exercice.
Pour cela, après une approche conceptuelle indispensable, nous avons décidé d'utiliser l'outil questionnaire comme recueil d'informations auprès des collègues infirmiers anesthésistes, élèves et diplômés. Celui-ci nous a permis de faire face au peu de temps disponible. Réalisé sur un espace personnel, sa diffusion à permis de contacter un nombre suffisant de collègues pour donner à cette enquête un minimum de recevabilité.

Notre objectif n'était pas d'avoir une représentativité, une exhaustivité scientifique, mais de dégager une photographie, des tendances permettant d'alimenter nos réflexions et de susciter le débat, notamment lors de la présentation des résultats au congrès de septembre à Paris.

Le questionnaire a été diffusé sous forme papier puis par voie informatique « en ligne ». Surpris de certaines réticences, dans une période de forte évolution et d'incertitude des conditions futures d'exercice, puisse ce travail et ses résultats alimenter modestement l'approche et la connaissance que nous avons de notre métier.

APPROCHE CONCEPTUELLE

Polyvalence et représentation sociale

Un des objectifs de ce travail est de mettre en lumière l'écart qui peut exister entre l'exercice professionnel idéalisé des élèves infirmiers anesthésistes et la réalité de l'exercice quotidien des diplômés.
Chacun se fait une idée, une représentation de son métier, de l'environnement ce qui donne à terme l'envie de suivre le cursus de formation. Cela correspond au besoin d'obtenir des informations sur ce métier, pour le comprendre, pour s'informer sur tout ce qui touche à son environnement, et donc pour s'y préparer intellectuellement. Cette approche tient compte d'une dimension sociologique du groupe concerné avec l'impact de l'ensemble de son histoire.
Cette représentation de son futur métier lorsque l'on est élève infirmier anesthésiste et la représentation idyllique de son exercice lorsque l'on est diplômé se réfèrent au concept des représentations sociales.
Celles-ci construites sur l'appartenance au groupe professionnel des infirmiers anesthésistes, ne sont pas le reflet d'une réalité tangible. Elle est la résultante d'un processus d'appropriation de la réalité dans un système de représentation symbolique.

Ce processus se réalise dans une dimension sociale partagée par tous les acteurs concernés. C’est pour cela que l’on parle de représentations sociales.

Elles servent de fil conducteur pour approcher l’objet de son intérêt et lui donner consistance et sens. Elles correspondent à un paradigme c'est-à-dire à une certaine vision du monde du groupe social concerné. De ce fait, elles ne sont pas objectives, car la réalité est représentée, construite par chaque individu du groupe. Ces représentations construites collectivement ont une fonction essentielle de guide dans la communication, les pratiques professionnelles et l’expression des comportements. Chaque membre du groupe peut se reconnaitre dans cette vision partagée. Cela participe à la construction de l’identité professionnelle des infirmiers anesthésistes. Jean Claude ABRIC (1984) a écrit sur ce concept et en présente la théorie du noyau central. Celui-ci est stable et se réfère aux normes et valeurs. Il décrit quatre fonctions principales :

1. Une fonction, génératrice de sens. C’est l’élément qui introduit l’interprétation et le sens des autres éléments représentationnels
2. Une fonction d’organisation
3. Une fonction de détermination des éléments (place et liens)
4. Une fonction stabilisatrice des relations entre les différents éléments qui sont conservés malgré les évènements externes

Selon lui la représentation sociale d’une situation de travail comporte 4 éléments en interaction :

1. La représentation de soi
2. La représentation de la tache, le travail à faire
3. La représentation des autres
4. La représentation du contexte

Ce concept des représentations sociales éclaire notre travail où nous interrogeons des élèves et des professionnels de l’anesthésie sur ce qu’ils pensent de la polyvalence dans le cadre de leur exercice.

Ce n’est pas une réalité objective posée sur des indicateurs fiables et reproductibles que nous allons mettre en évidence, mais des représentations individuelles et collectives avec toutes leurs dimensions subjectives que nous allons interroger.

Les infirmiers anesthésistes exercent dans une des trois spécialités infirmières reconnues en France. Notre profession très technicisée a constamment évolué au fil des années. Nous

sommes tous des professionnels qui ont suivi l'évolution des matériels, des techniques, de la pharmacopée…

Nous pourrions supposer qu'à l'issue de notre formation, acquise en deux années d'études complémentaires, nos compétences nous permettent de travailler dans tous les blocs opératoires quelle que soient les spécialités chirurgicales concernées. En pratique, un infirmier anesthésiste exerçant en chirurgie cardiaque a développé des compétences différentes de celui qui travaille dans un bloc de pédiatrie polyvalente ou encore en CHG, confronté à l'ensemble des spécialités de son établissement.

Sommes-nous pour certains dans une sur-spécialité ? Pour d'autres dans une polyvalence d'exercice ?

L'exercice de chaque IADE participe à la construction de ses compétences par le développement de son savoir expérientiel, garant de la qualité et de la sécurité des soins prodigués. Tout cela participe au processus de la professionnalisation de l'infirmier anesthésiste.

Une équipe d'anesthésie composée souvent de deux à trois personnes fonctionne sur le principe d'une relation privilégiée. Dans cette spécialité confrontant les équipes à des situations problématiques parfois très aigües, la confiance mutuelle entre le médecin anesthésiste et l'infirmier anesthésiste est essentielle et participe à l'implication et au développement de l'autonomie de ce dernier.

Cette polyvalence que certains appellent polycompétence est intéressante et ne s'oppose pas à la spécialisation d'anesthésie. Elle est développée par ceux qui travaillent dans des blocs opératoires pluridisciplinaires. Elle peut aussi se voir lors des gardes de nuit et week-ends où les équipes sortent du cadre strict de l'organisation des programmes opératoires réglés.

La polyvalence est-elle alors une valeur ajoutée possible ou une obligation incontournable ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ?

L'infirmier anesthésiste polyvalent est-il gagnant par cette organisation spécifique ou bien est-ce la structure ?

Sommes-nous dans un système gagnant-gagnant ?

Qui a le choix de la décision : l'infirmier anesthésiste ?

Autant de questions que nous allons essayer d'explorer en enquêtant auprès d'élèves et d'infirmiers anesthésistes, de médecins anesthésistes.

Les études forment à un exercice polyvalent. Les parcours, répartis sur les deux années de formation, sont structurés et permettent d'exercer dans les différentes disciplines comme le bloc opératoire, la SSPI, la réanimation, le Smur par exemple.

Les compétences

Ce concept clef de la décennie est largement utilisé, repris dans les référentiels métiers, au niveau les fiches de poste et dans certaines actions de formation.

Mais qu'entend-on au juste par compétence ?

Dans le nouveau Petit Robert, elle est définie comme : « ...une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières... ».

Selon De Ketele[1] « *Dans une vision forte, le concept de compétence peut se définir comme la capacité d'une personne à mobiliser un ensemble de ressources (cognitives, affectives, gestuelles, relationnelles) pour réaliser une catégorie de tâches ou résoudre une famille de situations problèmes. Définie en termes plus pédagogiques, la compétence est la capacité de mobiliser un ensemble de savoirs, de savoirs faire et de savoir être pour résoudre une famille de situation – problèmes* »

La compétence c'est d'abord la capacité à bien réaliser les activités relatives à l'emploi, mais c'est aussi les ressources qu'il est nécessaire de combiner et de mobiliser pour agir ou pour résoudre un problème. Ces ressources correspondent aux connaissances générales (savoir comprendre), aux connaissances spécifiques à l'environnement professionnel, aux connaissances procédurales (savoir procéder), aux savoir-faire opérationnels (savoir comment opérer), aux savoir-faire expérientiels (savoir y faire), aux savoir-faire relationnels (savoir se comporter, se conduire), aux savoir-faire cognitifs (savoir traiter l'information), mais la compétence est aussi basée sur des ressources physiologiques et émotionnelles de la personne, sur ses aptitudes et ses qualités.

Pour définir la compétence professionnelle, Gagnayre et d'Ivernois en 2005 [1] distinguaient trois notions dans la compétence professionnelle des soignants :

La première considère que la compétence est proche d'un système intégré de savoirs au sens large (savoir, savoir faire, savoir être…) comme le signale Chenu [2]. Cette notion se retrouve en partie dans la définition de Wittorski [3] : « La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation ».

La seconde notion considère que la compétence permet d'aboutir à une performance, laquelle

[1] In « Développer un curriculum d'enseignement ou de formation » ; Demeuse M., Strauven C, page 75

pour certains auteurs ne représente que sa part observable, voire mesurable. De plus, cette compétence est mobilisable dans plusieurs contextes professionnels ou familles de situations.

Cependant, pour que les deux notions précédentes prennent effet, il est important d'y adjoindre une troisième car une compétence requiert pour son acquisition et sa mise en œuvre que le professionnel soit en mesure de mener une activité réflexive au cours même de sa réalisation ou après celle-ci.

Ainsi être compétent pour un professionnel, c'est :

- mobiliser et organiser différents savoirs et gérer les émotions révélées au cours de leur acquisition et de leur mobilisation ;
- analyser le contexte dans lequel il utilisera sa compétence pour rester performant. Réguler sa compétence au cours même de sa réalisation et l'analyse à distance tant sur le plan de son processus que de sa performance ;
- transférer cette compétence dans différentes familles de situations, tout en gardant un niveau de performance attendu ;
- savoir que toute famille de situations suscitera des conflits de nature éthique questionnant alors la valeur de sa compétence.

Que faut-il entendre par agir avec compétence ?

Le Boterf [4] distingue être compétent et avoir des compétences pour savoir agir avec compétence en situation.

Savoir agir avec compétences en situation présuppose de posséder des ressources personnelles ou externes, en utilisant des combinatoires de ressources pertinentes pour une pratique professionnelle efficiente.

Ce n'est donc pas seulement avoir des ressources personnelles comme les savoirs théoriques (connaissances), des savoirs procéduraux (savoir-faire techniques, méthodologiques, relationnels…), des savoirs pratiques (savoir et savoir-faire d'expérience), ou des ressources externes (guides, réseaux d'expertises, associations professionnelles…) mais bien les combiner dans une situation professionnelle, montrant de réelles performances entre les résultats attendus et les résultats obtenus et porter un regard réflexif.

Les professionnels de la formation s'accordent à dire qu'il faut, pour développer ces compétences exposer les formés à un maximum de situations variées, même sur des temps très courts. C'est la confrontation à une multiplicité de situations différentes qui permet à l'apprenant de développer, non pas une expertise, très enfermante, mais un développement de compétences. Il faut compter sur les capacités de métacognition de chacun. Exposé à une

situation inhabituelle, le professionnel s'interroge, fait des liens, se construit et s'arme pour pouvoir transférer ce qu'il a pu voir, faire, ressentir à d'autres situations. De fait, confronté à un problème présentant des similitudes, il ne sera pas totalement désarmé et saura réagir.

Ainsi, selon d'Ivernois et Gagnayre, du laboratoire de recherche en pédagogie de Paris XIII, il faudrait revoir les curricula proposés aux étudiants, oubliant les stages longs et monodisciplinaires pour offrir des situations les plus exhaustives et nombreuses possibles.

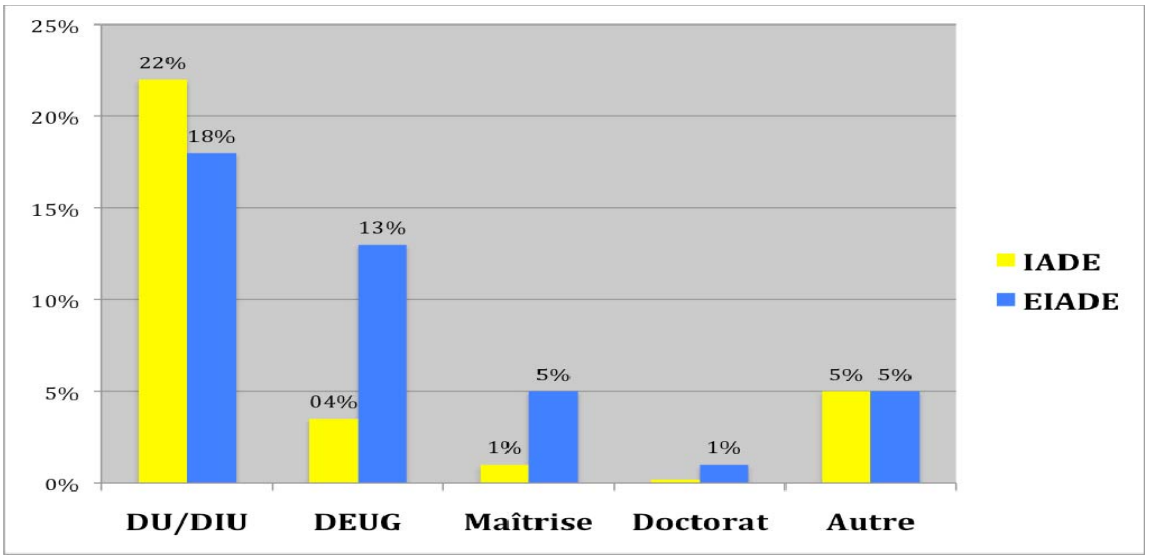
La diversité offerte par un fonctionnement basé sur la mobilité des IADE va tout à fait dans ce sens. En multipliant les situations, on « dégoupille » les facteurs de stress, stimulant également l'intérêt des professionnels.

RESULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUETE

Nous avons recueilli 451 questionnaires dont 338 de la part d'infirmiers anesthésistes et 113 d'élèves.
Du fait de nos situations géographiques respectives, « l'enquête élève » a été essentiellement réalisée en région Ile de France (nombre d'élèves plus important et diffusion des questionnaires par le réseau des élèves) et pour les diplômés dans les en régions : Sud-Ouest, Ile-de-France et PACA.

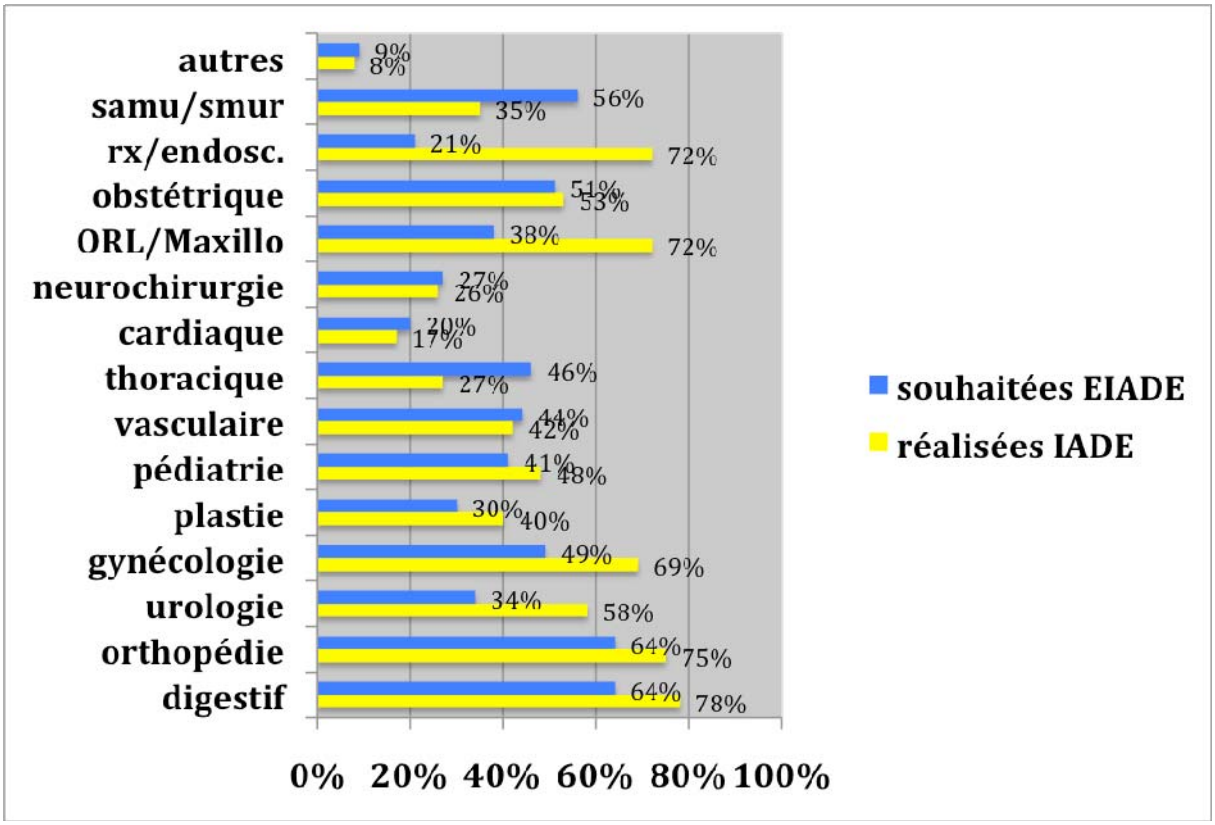
Pour retenir les points essentiels il nous semble pertinent de noter que :

- la grande majorité de la population interrogée travaille en CHU (56% des IADE et 69% des EIADE) alors que 16 % exercent leur activité en secteur privé
- les futurs diplômés de 2010 possèdent visiblement un cursus et un niveau d'études supérieurs à ceux de nombreux IADE en poste aujourd'hui



- la polyvalence est exercée par 82% des IADE mais seulement 36% sur un choix personnel
- du point de vue des élèves, 89% d'entre eux souhaitent exercer dans des services polyvalents, avec des changements d'affectation quotidiens (pour 60%) voire hebdomadaires (40%)

- les services d'exercice des IADE et les premières affectations souhaitées par les élèves après le diplôme d'état sont superposables en majeure partie. Néanmoins, on note un écart très important dans deux spécialités – l'ORL et l'Endoscopie - dans lesquelles beaucoup d'IADE exercent et où peu d'élèves semblent se projeter



L'analyse des questionnaires montre un nombre important de réponses similaires de la part des deux populations. En effet, pour les infirmiers anesthésistes comme pour les élèves de la spécialité, la polyvalence c'est :

- moins de routine
- plus de souplesse de fonctionnement
- des économies de personnel
- un bénéfice pour l'institution
- la possibilité de maintenir et d'enrichir ses compétences

Pour un tiers des infirmiers interrogés, cette polyvalence demande une meilleure organisation personnelle et une plus grande adaptabilité. En revanche, elle ne semble pas être un frein à l'expertise.

En complément, des questionnaires ont été proposés à des médecins anesthésistes afin de comparer leur vision de la polyvalence avec celle de deux premières populations consultées. Polyvalents à 89%, ils reconnaissent la polyvalence totale des infirmiers anesthésistes avec lesquels ils exercent quotidiennement. De plus, à leur sens, ce fonctionnement professionnel permet :

- un enrichissement des compétences (94%)
- une souplesse de fonctionnement du bloc (76%)
- un moyen de maintenir ses compétences (71%)
- un bénéfice pour l'institution (71%)
- un moyen de fédérer les équipes (65%)

CONCLUSION

Il y a quelques années, la polyvalence était source d'inquiétudes, de craintes et de critiques. Aujourd'hui, la photographie de l'exercice professionnel des infirmiers anesthésistes que propose cette enquête - non représentative au plan national - montre une certaine similitude entre le vécu quotidien des infirmiers anesthésistes et la représentation que les élèves se font de leur future profession. Dans le même temps, la vision des médecins anesthésistes semble confirmer l'intérêt d'un exercice polyvalent dans les services d'anesthésie.

Sommes-nous devant une évolution des mentalités, devant une réelle plus value d'un tel type d'organisation ou tout simplement face à la réalité du terrain qui nous impose de plus en plus une certaine adaptabilité, une certaine polyvalence ?

REFERENCES

[1] ADSP N°52 Septembre 2005. Rubriques Etudes. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois, Laboratoire de Pédagogie des sciences de la Santé, éducation et observance, Upres EA, 3412, Université Paris 13

[2] Chenu F., Vers une définition opérationnelle de la notion de compétence, Éducation permanente, n° 162, p. 201-208

[3] Analyse du travail et production de compétences collectives, Paris, Ed. L'Harmattan, 1997. Wittorski R. 1998, De la fabrication des compétences, Education permanente, 2,153 : 57-69 Wittorski R. 1997, Evolution de la formation et transformation des compétences des formateurs, Education Permanente, 132, 59-72

[4] Conférence les journées de l'ARSI (Association pour la Recherche en Soins Infirmiers) Paris la Défense, 26-27 janvier 2006. Guy Le Boterf Diaporama Le Boterf Conseil 6 avril 2006 www.guyleboterf.com. Conférence GERACFAS (Association Groupement d'Etudes, de Recherches & d'Actions pour la Formation Aide-Soignante)