



HAL
open science

L'IADE et les stratégies de prise en charge de la communication altérée lors de l'accueil du patient au bloc opératoire

Servane Roger

► To cite this version:

Servane Roger. L'IADE et les stratégies de prise en charge de la communication altérée lors de l'accueil du patient au bloc opératoire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. <dumas-04217786>

HAL Id: dumas-04217786

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04217786v1>

Submitted on 26 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License



Institut de Formation des Professionnels de Santé

Hôpital de la Cavale Blanche

Boulevard Tanguy Prigent, 29609 Brest

L'IADE ET LES STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA COMMUNICATION ALTEREE LORS DE L'ACCUEIL DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

ROGER Servane

Sous la direction de Madame DORVAL

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat « Infirmier Anesthésiste »

Promotion 2021-2023

Session « Mai 2023 »

Remerciements

A Madame Dorval, pour sa relecture et ses précieux conseils.

Aux formateurs de l'IFPS, Elisabeth, Guénolé et David, pour leur accompagnement tout au long de la formation.

Aux IADE et MAR, d'horizons divers et variés, rencontrés lors des stages. De Keraudren à la Cavale Blanche, en passant par Cambo-les-Bains, Cayenne et Fort de France, merci à tous ces professionnels et parfois amis qui m'ont faite grandir.

A mes parents, et ma famille, loin des yeux, mais près du cœur, sans qui tout cela ne serait pas possible.

A mes amis, du soleil de Brest à celui des Antilles, en passant par la côte Nord.

A Morgane et Lauriane, fidèles au poste, depuis les bancs de l'amphi 500.

A Vincent. Merci d'être là, et de m'avoir soutenue dans ces choix de vie. Tu m'as suivi dans cette aventure, et maintenant nous allons poursuivre la nôtre. « *J'veux m'enfuir, j'veux partir, j'veux de l'amour, du plaisir, de la folie, du désir, j'veux pleurer, j'veux rire* ». Je t'aime.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
CADRE CONCEPTUEL	2
1 La Communication.....	2
1.1. <i>Définition et modèles.....</i>	2
1.2. <i>Les différents types de communication.....</i>	3
1.3. <i>La communication soignant-soigné</i>	4
2 Altération de la communication	6
2.1. <i>Un concept.....</i>	6
2.2. <i>Causes de l'altération de la communication.....</i>	7
3 Compétences relationnelles de l'IADE	10
3.1. <i>Cadre législatif.....</i>	10
3.2. <i>La place des représentations sociales</i>	12
3.3. <i>La place des compétences non techniques</i>	13
3.4. <i>La place de l'expérience</i>	14
3.5. <i>La place du lieu d'exercice : public versus privé.....</i>	16
4 Les outils utilisés par les IADE.....	17
QUESTION DE RECHERCHE	21
METHODOLOGIE	23
1 Matériels et méthodes.....	23
1.1. <i>Objectifs de l'étude.....</i>	23
1.2. <i>Choix du type d'étude.....</i>	24
1.3. <i>Population de l'étude</i>	25
1.4. <i>Choix des lieux d'enquêtes</i>	27
1.5. <i>Elaboration du guide d'entretien</i>	27

1.6. <i>Déroulement</i>	28
2 Le positionnement de chercheur	30
RESULTATS ET ANALYSE	31
1 La communication altérée	31
1.1. <i>Définition</i>	31
1.2. <i>Les facteurs</i>	31
2 Stratégies de prise en charge de la communication altérée en ambulatoire	33
2.1. <i>La communication IADE-patient</i>	33
2.2. <i>Les besoins</i>	39
DISCUSSION	41
1 Les hypothèses	41
1.1. <i>Le rôle de l'expérience</i>	41
1.2. <i>Les enjeux dans le public et dans le privé</i>	42
1.3. <i>L'ambulatoire versus le bloc général</i>	43
2 Nouveaux éléments et ouverture	43
2.1. <i>La communication interprofessionnelle</i>	44
2.2. <i>La capacité d'adaptation</i>	45
2.3. <i>Les contraintes ressenties</i>	46
2.4. <i>Synthèse des nouveaux éléments</i>	47
2.5. <i>Ouverture</i>	47
3 Critique de l'étude	48
CONCLUSION	50
REFERENCES.....	51
LISTES DES FIGURES.....	57
ANNEXES	I

GLOSSAIRE

APHP = Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARS = Agence Régionale de Santé

CH = Centre Hospitalier

CHP = Centre Hospitalier Privé

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CHRU = Centre Hospitalier Régional Universitaire

DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins

HCSP = Haut Conseil de la Santé Publique

IADE = Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE = Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI = Institut de Formation en Soins Infirmiers

SFAR = Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SNIA = Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

SSPI = Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

« Nous avons tous besoin de communiquer et d'être en relation les uns avec les autres, et pas seulement d'une seule manière, mais de toutes les façons possibles. C'est un besoin humain fondamental, un droit humain fondamental. Et c'est également de façon plus générale, une compétence humaine fondamentale. »

(Michael B. Williams, 2000, p48)

INTRODUCTION

Le bloc opératoire apparaît comme un lieu de haute technicité à tous points de vue. Les prises en charge sont protocolées, rien n'est laissé au hasard. Cependant, il y a un domaine où les pratiques sont plus hétérogènes, c'est la communication avec le patient. Si les sociétés savantes s'y intéressent depuis plusieurs années, et les professionnels de santé semblent y accorder une certaine importance, il n'est pas rare de faire face à des situations où l'échange et la communication entre le patient et l'IADE sont parfois altérés. Ce sont des situations comme cela qui m'ont alors questionnée lors de mes stages au bloc opératoire.

La première fut la réalisation d'un entretien entre un IADE et un patient non francophone. Le soignant s'est heurté à la barrière de la langue. Dans la seconde situation, l'IADE a émis un jugement à l'encontre de la patiente lors de l'entretien d'accueil. La patiente s'est alors totalement fermée à la discussion et a été marquée par les paroles de l'IADE. Suffisamment pour en parler en post-opératoire et exprimer son mécontentement.

Dans ces deux situations, qu'il s'agisse de la barrière de la langue, ou d'un autre phénomène pouvant dégrader la relation entre le soignant et le patient, il y a ce qu'on pourrait nommer une altération de la communication entre les deux.

Le but n'est alors pas de cibler une population de patients dont on connaît les difficultés de communication, mais plutôt de faire un état des lieux de la représentation des IADE face à cette altération de la communication avec leurs patients, de leurs outils pour repérer ce problème et pour y pallier. Cela nous amène alors à cette question de départ qui est :

Quelles stratégies l'IADE met-il en place lorsque la communication est altérée avec le patient ?

La littérature regorge de données sur la communication entre soignants, mais qu'en est-il de la communication entre les IADE et les patients ? Pour tenter de répondre à cette question, il convient de détailler les notions et concepts qui en découlent à l'aide d'un cadre conceptuel. Ce dernier nous permettra d'amener la question de recherche de ce mémoire qui s'inscrit dans le cadre de la formation d'IADE. Nous aborderons ensuite la méthodologie utilisée dans ce travail, avant d'analyser les résultats obtenus, d'en discuter, et de conclure.

CADRE CONCEPTUEL

Pour débiter ce cadre conceptuel, il va être nécessaire d'aborder la communication, afin de parler ensuite d'altération de la communication. Ces concepts vont s'inscrire dans le contexte de la relation soignant-soigné, plus précisément au bloc opératoire. Nous allons également questionner la place des compétences relationnelles de l'IADE avant d'évoquer quelques outils de communication qui sont utilisés au bloc opératoire.

1 La Communication

1.1. Définition et modèles

La communication fait partie intégrante de nos vies personnelles et professionnelles. Pour citer le psychologue Paul Watzlawick (1960, cité par Picard, 2013) : « on ne peut pas ne pas communiquer ». La définition classique du Larousse (s.d.) parle de la communication comme « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, de transmettre quelque chose. » Dans le Dictionnaire des Concepts en Sciences Infirmières (Paillard, C. 2021, p.108) la communication est le fait que :

L'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission. Le récepteur reçoit et décode le message, en s'assurant qu'il utilise le moyen adapté pour cela. Si le récepteur répond, il devient émetteur et c'est ce qu'on appelle le feed-back.

Plusieurs modèles de communications ont été théorisés depuis quelques décennies. Le modèle dit « de référence » est celui de Shannon et Weaver (1949). Il décrit la transmission d'un message depuis la source jusqu'au destinataire, qui peut être affecté par des parasites ou des bruits. Or, il ne prend pas nécessairement en compte le contexte de l'émission et de réception du message, l'environnement des individus (Picard. 1992, p.71).

En 1948, les travaux de Norbert Wiener ont mis en lumière l'importance du « feedback », transformant le modèle linéaire de la communication de Shannon et Weaver en un processus circulaire. Le feedback « désigne la réaction du récepteur à la réception du message et son retour à l'émetteur » (Picard. 1992, p.72), apportant alors une notion de compréhension du message transmis.

Plus tard, c'est Roman Jakobson (1963) qui ajoute les notions de contexte, de contact et de code au schéma "classique" de communication. Le contexte correspond à l'environnement où se situent l'émetteur et le destinataire du message. Ensuite, le contact signifie à la fois le canal physique utilisé pour la transmission du message (la parole, le geste ...) et ainsi que la dimension psychologique (l'écoute, la compréhension ...). Enfin le code montre que le message est codé et doit être décodé par le destinataire. Le code utilisé doit être commun aux personnes qui échangent.

Enfin, l'école de Palo Alto, définie comme un courant de pensée et de recherche étudiant les phénomènes humains, apporte une notion nouvelle dans la communication. Il s'agit de l'importance du contenu du message et de la relation entre les individus.

1.2. Les différents types de communication

La communication peut être décrite en plusieurs modèles, selon les auteurs. Mais, quel que soit le modèle, plusieurs types de communication existent afin de transmettre un message. La communication peut être divisée en deux catégories, distinctes mais complémentaires :

- La communication verbale (utilise le langage)
- La communication non-verbale (exprimée par le corps)

Les études du professeur Mehrabian de l'Université de Californie (1967), mettent en lumière l'importance de la communication non verbale en distinguant :

- Le *paraverbal*, c'est-à-dire le ton, l'intonation, le rythme
- Le *paralinguistique*, c'est-à-dire la gestuelle, le regard, les mimiques.

Mehrabian a voulu déterminer l'importance de la communication non verbale dans l'échange avec autrui et a établi la règle des 7% / 38% / 55%, illustrée par le tableau ci-dessous :

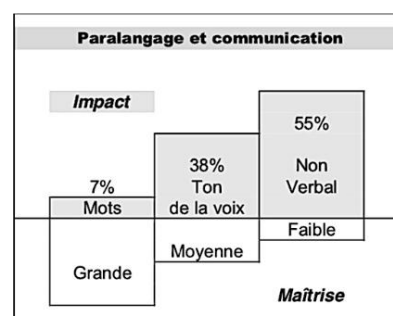


Figure 1 : Effets du paralangage sur la communication d'après Mehrabian

Selon lui, seulement 7% du message transmis passerait par la parole, les mots, tandis que 38% passerait par le ton de la voix et 55% par le non-verbal. Ce ratio dans la transmission d'un message entre deux personnes a été critiqué depuis sa publication, notamment à cause de sa méthode d'obtention des résultats. Malgré tout, ce tableau met en lumière l'existence des différents types de communication, leur importance et surtout leur implication dans une interaction entre individus

Qu'en est-il alors dans le contexte du soin et plus particulièrement au bloc opératoire ?

1.3. La communication soignant-soigné

➤ Définition

Il s'agit d'un lien de nature professionnelle où chacun des protagonistes a une place bien précise. Cette relation implique deux sujets dont la position et les points de vue sont différents. Dans cette relation les capacités de communication du soignant améliorent la satisfaction de la personne soignée, son acceptation au traitement et actes techniques. Le terme de relation entre soignant et malade désigne l'ensemble des conditions psychologiques qui vont influencer le type de contact qui s'établira entre les deux acteurs. (Paillard, C. 2021, p.113).

Pour Bernard et Musellec (2013), deux médecins anesthésistes du CHP de Saint-Grégoire, il est important de repérer le canal sensoriel préférentiel de son interlocuteur afin de favoriser l'entrée en communication. L'existence des différents canaux sensoriels a été mis en lumière par Bandler et Grinder. D'après eux, chacun de nous possède un mode de communication privilégié et la façon dont on s'exprime en est le reflet. Certains sujets sont plutôt visuels tandis que d'autres seraient plus kinesthésiques ou auditifs (Bernard & Musellec. 2013, p.16). Ces préférences pour l'un ou pour l'autre des sens interfèrent de facto avec la façon de communiquer. Il conviendrait alors « d'observer le langage utilisé par nos interlocuteurs pour appréhender leur canal sensoriel favori et alors adapter sa communication ».

➤ **La relation soignant/soigné :**

Le concept de communication soignant-soigné s'inscrit dans celui de la relation soignant-soigné. Il s'agit d'une « activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale et non verbale » (Paillard, C. 2021, p.426). Pour Alexandre Manoukian (2008), cette relation nécessite trois attitudes de la part du soignant, qui sont :

- Un engagement personnel, le malade étant accepté sans jugement de valeur
- Une objectivité
- Un minimum de disponibilité.

Pour Lemoine et al. (2014), la relation soignant-soigné est considérée comme asymétrique dans le sens où la personne soignée est dite vulnérable.

Les patients peuvent être considérés comme une catégorie de personnes vulnérables à part entière, en raison de la pathologie qui les affecte et qui constitue une atteinte de l'être tout entier. La personne est vulnérabilisée du fait des conséquences de la maladie qui vont toujours en direction d'un changement par rapport à la condition « pré-pathologique », changement presque toujours synonyme d'une diminution du bien-être et de la qualité de vie.

D'après Blandine Vigneras (2014), praticien hospitalier, cette relation soignant-soigné a évolué : d'une position verticale (dans le paternalisme) à une tendance actuelle à l'horizontale (avec le choix du principe d'autonomie). Cela reste une tendance, car pour cette auteure, la dissymétrie de la relation peut persister dans de nombreux cas de figure. Il faut garder en tête que cette relation entre deux personnes a lieu dans un contexte précis, avec des personnes à la culture, aux connaissances, aux facultés, au passé différents.

➤ **Cadre légal**

De nos jours, la relation soignant-soigné se caractérise par l'évolution de la loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi vise à améliorer les droits des patients et à mieux répondre à leurs attentes, sans discrimination et dans le respect de leur dignité. Elle positionne le patient au centre de la prise en charge par les soignants et les établissements de santé. Le patient a alors droit à l'information, à l'accès à son dossier médical, et il a le droit à un consentement éclairé. L'asymétrie de la

relation soignant-soigné se gomme alors un peu plus pour faire place à une relation symétrique entre les deux protagonistes.

Aux Etats-Unis, la Joint Commission, qui est un organisme américain indépendant à but non lucratif dans le système d'accréditation et de certification des établissements de soins, écrivait en 2010, dans un communiqué :

Une communication efficace n'est plus seulement considérée comme un simple droit du patient, elle est maintenant reconnue comme une composante essentielle de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Une communication efficace [correspond] à la constitution d'un espace de dialogue commun, dans lequel les patients et les professionnels de santé peuvent échanger des informations, espace qui permet aux patients de participer activement à leurs soins, de leur admission à leur sortie, et qui assure que les responsabilités et les engagements de chacun, patients et professionnels, soient compris.
(2010, p.1)

Malgré tout, la relation et la communication entre le soignant et le soigné ne sont pas toujours optimisées et nous pouvons être face à des situations d'altération de la communication dont les causes sont multiples.

2 Altération de la communication

2.1. Un concept

L'altération de la communication a été conceptualisée. Nous le retrouvons dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières :

Il s'agit d'une inaptitude ou difficulté, de façon momentanée ou définitive, à utiliser ou à comprendre le langage dans les réactions interpersonnelles. D'autres formes de communication peuvent alors pallier les échanges verbaux. Des formes complexes d'altération peuvent conduire les soignants à développer des stratégies de communication
(Paillard, 2021, p.109).

Des écrits existent sur la notion d'altération de la communication entre pairs. Il y en a aussi beaucoup concernant l'altération de la communication entre les soignants et les patients non communicants. On cherche souvent notamment à connaître les techniques utilisées par les soignants pour évaluer la douleur chez ces personnes qui ne peuvent pas/plus communiquer. Or, si l'on se penche d'un peu plus près sur notre quotidien au bloc opératoire, nous pouvons constater que les causes sont bien plus nombreuses et ne sont pas toujours le fait d'une pathologie du patient.

2.2. Causes de l'altération de la communication

Les causes sont multiples et leurs origines sont à la fois du côté des soignants comme des soignés. Il semble impossible de réaliser une liste exhaustive. Malgré tout, nous pouvons mettre en lumière de nombreux facteurs.

Pour l'Académie Nationale de Médecine (2006), l'attitude du soignant peut provoquer une altération de la communication. Une attitude paternaliste du soignant, qui se met dans une position de savant face à l'amateur, rendrait la relation de communication soignant-soigné totalement asymétrique. La proxémie, le savoir (connaissance en santé) et savoir-faire (technicité) placent le soignant en position haute, voire dominante (Bioy & Servillat, 2020, p.202). Le manque de disponibilité, d'écoute et d'empathie du soignant pourrait aussi entraîner l'altération de la communication. Un article de Mantz et Wattel (2006) pointe également du doigt l'influence des médias dans cette relation soignant-soigné. Pour ces auteurs, l'accès aux informations médicales non vérifiées peut parfois entraîner de la méfiance dans la relation et biaiser totalement la communication entre le soignant et le soigné.

Concernant le patient, d'autres causes ressortent par le biais des entretiens informels réalisés dans les blocs opératoires :

- **Age** : les grands âges de la vie peuvent être à l'origine de situation d'altération de la communication.

On décrit depuis plusieurs années les modifications du langage adressé aux jeunes enfants qui diffère sur de nombreux plans de celui que les adultes échangent entre eux (modifications de l'intonation, simplification de la structure syntaxique, choix de mots familiers, etc.) (Feyereisen & Hupet, 2015)

Pour les auteurs, des changements de même type existent dans le langage adressé aux personnes âgées, notamment en institution. Si le souhait initial du soignant est de faciliter les échanges en modifiant sa façon de parler par rapport aux représentations qu'il se fait de la personne âgée ou de l'enfant, ces modifications peuvent parfois être inappropriées et avoir l'effet inverse que celui recherché sur la relation soignant-soigné.

- **Le vécu du patient** : « un patient se présente avec une histoire, un passé. Ce vécu peut influencer de façon consciente ou inconsciente les émotions du sujet » (Bernard & Musellec, 2013, p.12). Il convient de prendre en compte aussi le possible vécu et expériences passées dans le milieu du soin de chacun des patients rencontrés.
- **L'origine socio-culturelle du patient** : dans les établissements de santé, les soignants sont quotidiennement confrontés à l'accueil de personne d'origine socioculturelle différente de la leur, et la « lecture d'une situation peut en être radicalement modifiée. » (Bernard & Musellec, 2013, p. 13)
- **L'anxiété du patient** : Chabay et al. (2009) ont décrit, lors du 51e congrès national d'anesthésie et de réanimation, l'anxiété face à un événement inconnu. Il existe plusieurs niveaux d'anxiété (légère, modérée, grave et état de panique), mais elle peut être présente avant un acte chirurgical. Il convient, toujours d'après l'article de Chabay et al. de l'évaluer et d'adapter ses outils de communication, verbaux ou non verbaux et de prévoir un temps adapté à l'accueil.
- **Contexte d'urgence** : l'urgence, quel que soit son degré, demande une prise en charge rapide, voire immédiate. Ce contexte induirait, selon Dr Franck Garden-Brèche (2014), une transe négative chez le patient. Il deviendrait alors hyper-suggestible, hyper-réceptif aux messages négatifs qu'il pourrait percevoir avec une hyper-mémorisation de ces messages.
- **Agressivité** : en 2016, en France, l'Observatoire National des Violences en Milieu de Santé a déclaré 17 596 faits de violences de tous types (incivilités, insultes, menaces etc.). Le défaut de communication est souvent mis en cause dans la survenue de ces événements, et les soignants pourraient être en capacité de désamorcer certaines situations par la communication.

L'agressivité est définie par l'HAS comme une « intention agressive sans acte agressif et donc se distingue de l'agression, qui est une attaque contre des personnes ou des biens. » (Brunel & al. 2022). Pour Emilie Lay (2018), la frontière est cependant mince entre protéger la relation de soin ou soi-même dans certaines situations.

- **Barrière de la langue** : nous avons vu plus haut que seulement 7% du message transmis passait par la parole. Cependant, le message est difficile à décoder entre deux personnes si elles ne parlent pas la même langue. En 2017, l'HAS a publié un référentiel de compétences concernant l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé :

Il garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.

Attention tout de même car l'interprétariat est une compétence qualifiée, définie par un référentiel de compétences. L'HAS évoque alors d'autres moyens de communication/traduction à disposition des soignants tels que faire appel à ses pairs, ou utiliser des logiciels de traduction. L'HAS met cependant en garde car ces moyens de communication « donnent l'*illusion* d'une communication entre le professionnel et le patient/usager. Le professionnel peut avoir le sentiment de s'être fait comprendre sans être réellement compris par le patient/usager. »

Des pathologies bien précises peuvent également entraîner une altération de la communication :

- Pathologies neurodégénératives
- Troubles comportementaux, ou cognitifs (mnésiques, ou de l'attention)
- Pathologies psychiatriques
- Surdité / Mutisme
- Patients sédatés, conscience altérée
- Patients cérébrlésés
- Troubles de la parole après chirurgie mutilante

Ces pathologies peuvent entraîner des troubles du langage, verbal et paraverbal, mais aussi de la compréhension. Dans certains cas, des solutions adaptées existent. En réanimation par exemple, on peut utiliser des logiciels d'eye tracker pour permettre aux patients intubés de sélectionner des pictogrammes ou d'écrire une phrase grâce au mouvement des yeux. Lorsque les soignants sont confrontés à des difficultés de communication connues dans un type de service, des outils particuliers sont mis en place. D'autant plus si la durée du séjour est considérée comme moyenne ou longue. Mais au bloc opératoire, si l'on considère que l'on peut accueillir absolument tous types de patients, et sur une durée très courte, comment faire ?

« *Chaque être humain est différent, chaque patient est différent* » (Bernard & Musellec, 2013)

3 Compétences relationnelles de l'IADE

C'est face à ces situations de l'altération de la communication que les compétences relationnelles de l'IADE vont entrer en jeu. Si le savoir-être professionnel est régi par des lois et des compétences attendues, il existe des disparités sur le terrain concernant les représentations qu'ont les IADE de leur propre métier.

3.1. Cadre législatif

L'article R. 4311-12 du code de la santé publique définit le champ d'activités de l'IADE, et met l'accent sur le côté technique de la profession. Cette technicité est tout autant soulignée dans la définition du métier d'IADE :

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur.

Le Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé du 15 août 2012 (modifié en 2017) a publié le référentiel d'activités et de compétences concernant les infirmiers anesthésistes diplômés d'état. Ces activités et compétences « *sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État* »

La quatrième activité nommée concerne « l'information, communication et accompagnement du patient tout au long de sa prise en charge ». La voici détaillée :

*4. Information, communication et accompagnement du patient
tout au long de sa prise en charge*

Principales opérations constitutives de l'activité :

- accueil et information du patient et de son entourage ;
- entretien avec le patient la veille et le lendemain de l'intervention ;
- mise en œuvre de pratiques de relaxation et de prise en charge de l'anxiété et de la douleur (sophrologie, hypnose...);
- réajustement de l'installation du patient lors des anesthésies locorégionales ;
- conseils donnés au patient sur l'utilisation des techniques d'analgésie ;
- observation du patient pour évaluer son état d'anxiété et de vigilance, le rassurer et lui apporter les explications nécessaires ;
- réponse aux attentes du patient et de son entourage ;
- suivi post-opératoire et gestion de la douleur post-opératoire après sortie SSPI.

Types de situations significatives :

- pédiatrie, en salle de naissance, en réanimation ;
- SMUR pour recueillir des informations (circonstances...) et indiquer le lieu de transfert du patient ;
- entrée au bloc opératoire et en SSPI ;
- sortie d'une unité d'anesthésie ambulatoire.

Résultats attendus :

- patient informé et rassuré ;
- information pertinente.

Figure 2 : Activité 4 du référentiel d'activités IADE

Concernant les compétences, la cinquième, consiste, elle, à « Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie ».

*Compétence 5. Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement
et une information adaptée à la situation d'anesthésie*

1. Évaluer le niveau d'information du patient relatif à l'intervention et à l'anesthésie et détecter les signes pouvant influencer l'anesthésie pour adapter la prise en charge du patient.
2. Maintenir un contact avec un patient vigile (ALR...), évaluer son comportement et son anxiété pour adapter l'anesthésie-réanimation.
3. Reconnaître un trouble du comportement traduisant une éventuelle complication et identifier l'intervenant à alerter dans le but d'une action corrective (réajustement de traitement, reprise anesthésique et chirurgicale...).
4. Communiquer avec les familles pour recueillir et donner les informations nécessaires afin d'optimiser la prise en charge anesthésique ou de réanimation.
5. Établir et maintenir une relation de confiance, sécurisante avec le patient tout au long du processus anesthésique.
6. Adapter la prise en charge de l'anxiété et de la douleur au contexte spécifique de l'anesthésie.
7. Expliquer au patient l'utilisation des dispositifs à visée analgésique.
8. Identifier les mémorisations per-opératoires et adapter la prise en charge péri-anesthésique.
9. Identifier les troubles cognitifs post-opératoires, repérer les conséquences délétères possibles afin d'adapter une prise en charge personnalisée post-anesthésique.

Figure 3 : Compétence 5 du référentiel d'activités et compétences IADE

3.2. La place des représentations sociales

C'est en 1898 que Emile Durkheim, sociologue français, décrit le concept de représentation. Pour lui, la représentation impose à l'individu des manières de penser et d'agir, et se matérialise dans les institutions sociales, au moyen de règles sociales, morales, juridiques. Serge Moscovici, en 1961, parle de représentation sociale. Il s'agit pour lui « d'une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication des individus » (cité par Paillard, 2021, p.432). En d'autres termes, pour Denise Jodelet (2003, p.53), « c'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. »

On retrouve dans ces définitions la notion d'ensemble, de groupe, auquel pourraient appartenir les IADE. Pour Elisabeth Chapalain (2008), cadre formatrice à l'IFPS de Brest, l'IADE fait partie d'un groupe de soignants se définissant alors à travers les représentations de son rôle professionnel, mais aussi de celles que les autres portent sur lui. Elle a donc mené une étude cherchant à confronter cette définition conceptuelle de la représentation sociale des IADE à la réalité du terrain. Elle constate une uniformisation du discours et du profil identitaire des personnes interrogées, ayant donc tous une représentation sociale commune de leur spécialité. Ce constat étant fait, l'étude menée par Madame Chapalain souligne les compétences techniques de ces IADE qui ont tendance à occulter leur rôle propre infirmier, en se redéfinissant comme des « techniciens ». Dans cette étude, la profession semblerait exercer une influence uniformisante sur les IADE.

Il serait intéressant de demander aux IADE de formuler leur rôle propre. Ce dernier, par opposition au rôle prescrit est régi par l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique (modifié 2021), concernant la profession d'infirmier. Cet article évoque notamment :

- Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- Aide et soutien psychologique ;
- Observation et surveillance des troubles du comportement

Si la représentation sociale des IADE est si empreinte de technicité, quelle est la place de la communication dans la relation soignant-soigné au bloc opératoire, entre un IADE et son patient ? Pour Martine Nicolet (2002, p.34), directrice technique du Centre d'Instruction des Infirmiers Anesthésistes du Val-de-Grâce, le fait d'exercer au bloc opératoire requiert une technicité certaine. Cependant « l'anesthésie est un domaine dont l'aspect technique ne doit pas être mis en opposition avec l'approche relationnelle mais bien en complémentarité. »

3.3. La place des compétences non techniques

L'approche relationnelle est-elle une compétence non technique ? Si oui, quelle est la place de ces compétences non techniques au sein de notre profession ? Si elles ne sont pas prégnantes dans les représentations sociales de l'IADE, elles sont pourtant mises en avant par les sociétés savantes en anesthésie depuis quelques années. C'est suite au décès d'une patiente dans le cadre d'une anesthésie générale de « routine » en Angleterre, en 2005, que son mari, pilote de ligne, a voulu se pencher sur cette affaire. En menant une enquête de la même manière que dans l'aéronautique, il a souligné l'importance des compétences non techniques comme facteurs ayant entraîné la mort de sa femme. Cet homme, Martin Bromiley, a voulu créer un groupe d'experts en compétences non techniques dans le domaine du soin, car il s'est rendu compte qu'il n'en existait pas. Les compétences non techniques ont alors été mises en lumière dans le domaine de l'anesthésie et depuis lors, leur importance est reconnue.

Les compétences non techniques peuvent être définies comme :

Des compétences cognitives et sociales qui contribuent à mener une tâche de façon efficace. Elles incluent ce qui relève de la gestion de tâche, du travail d'équipe, de la prise de décision, de la conscience de la situation, de la communication. (Normier-Calhoun, 2020)

On peut également les appeler *Soft Skills*, par opposition aux *Hard Skills* (ou compétences techniques) (Delmas, 2020). Si elles sont surtout reconnues comme influentes dans les situations de crises, il faut être conscient qu'elles ont leur importance dans la prise en charge « classique » des patients au bloc opératoire.

Les compétences non techniques sont encore peu enseignées dans les formations initiales, pourtant en 2010, une étude de Flin et al. rapporte une forte corrélation entre une mauvaise mobilisation des compétences non techniques et l'occurrence d'événements indésirables liés à des erreurs humaines.

Véronique Delmas (2020) distingue ces compétences non techniques des facteurs humains qui seraient plutôt « la contribution humaine impliquée dans un évènement. Le facteur qui peut influencer la performance humaine. » Les Facteurs Humains en Santé (l'association est un groupe ouvert multidisciplinaire composé de soignants, d'experts en gestion des risques et de professionnels issus d'autres secteurs d'activité à risque) en lien avec la SFAR, ont par ailleurs émis des recommandations en 2021 : « Les facteurs humains s'intéressent à la compréhension des interactions entre les humains et les autres éléments d'un système, afin d'optimiser la performance globale du système, et le bien-être humain ». Ces facteurs humains pourraient-ils être pris en compte pour faire face à des situations d'altération de la communication ? Ou pourraient-ils en être à l'origine ?

3.4. La place de l'expérience

Si les compétences non techniques peuvent être acquises, qu'en est-il de la notion d'expérience des professionnels ? D'après le dictionnaire Larousse (s.d), l'expérience est tirée du latin *experiti* qui signifie « faire l'essai de ». Pour le Trésor de la Langue Française (cité par Paillard, 2021), « c'est le fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde. » Il y a là deux notions importantes. Celle du volontariat, de l'envie personnelle, et celle du temps que l'on va tenter d'explicitier.

Pour François Dubet, sociologue (1994, p.103), « l'expérience est critique ». Pour lui, elle n'est pas « acquise spontanément, et toute situation vécue ne fait pas l'expérience si elle n'est pas questionnée par le sujet par la suite ». En ce sens, pour Grasser et Rose (2000) « l'expérience professionnelle est le produit d'une réflexion du sujet sur sa situation professionnelle. Cette réflexion lui permettra de passer d'une expérience particulière à une capacité d'expérience, susceptible d'enrichir sa pratique dans des situations nouvelles et diversifiées. ».

L'expérience, pour Vincens (1997, cité par Grasser & Rose, 2000) « c'est le souvenir des leçons qu'on a soi-même tirées des faits ». Il s'agit là d'un processus cognitif acquis par le sujet lui-même, sur la base de sa volonté d'y réfléchir. Il convient de prendre en compte le fait que l'expérience de chacun varie selon les situations rencontrées.

Si cette expérience est variable et singulière, peut-on la quantifier au nombre d'années d'expérience éprouvées par les professionnels ? Depuis les années 60, le Dr Patricia Benner a théorisé les niveaux de compétences dans le domaine de la santé et plus précisément des infirmiers. D'après elle, la compétence se nourrit de savoir-faire et donc de connaissance pratique. Pour Philippe Zarifian (2001, cité par Paillard, 2021), « la compétence est une intelligence pratique des situations ou activités mentales mises en jeu dans l'action qui s'appuie sur des connaissances ou des savoirs formalisés ». Sur le modèle de Dreyfus et Dreyfus, le docteur Benner (1995) a identifié cinq stades à l'acquisition d'une compétence infirmière, qui seraient liés au niveau d'expérience infirmière et donc au niveau de pratique :

- Novice : aucune expérience
- Débutant : a déjà fait face à des situations réelles
- Compétant : travaille dans le même environnement depuis deux ou trois ans.
- Performant : l'expérience facilite sa capacité de réagir en fonction des priorités perçues
- Expert : niveau élevé d'adaptation et de compétence

Tous les soignants ne parviennent pas au niveau d'expert. Cependant, tendre vers l'expertise serait, d'après ces théories, intimement lié au nombre d'années de pratique et donc à l'expérience.

Un IADE dit « novice », n'est pas considéré comme tel en soins infirmiers, mais dans le domaine de l'anesthésie. Il a donc des connaissances passées en rapport avec la communication. Il est possible qu'il ait déjà été confronté à des situations d'altération de la communication au cours de son expérience professionnelle antérieure mais aussi par le biais de sa formation en alternance. Les IADE s'appuient donc t'ils sur leur nombre d'années d'expérience pour faire face à ces situations ?

3.5. La place du lieu d'exercice : public versus privé

Est-ce que le lieu d'exercice pourrait favoriser des situations d'altération de la communication ? Le type de structure d'exercice a-t-il un impact sur les compétences relationnelles des IADE ?

Si l'on peut parler grossièrement de public et de privé, l'offre de soins et d'établissements de santé est bien plus large en France et se distingue par des établissements aux statuts juridiques nombreux. La loi du 2 août 1991 (sur la réforme hospitalière) a créé une seule et même catégorie d'établissements d'hospitalisation, appelés établissements de santé. Cela regroupe les établissements publics et privés (à but lucratif ou non lucratif).

Concernant les actes chirurgicaux, les hôpitaux publics assurent environ 30% de l'activité, contre environ 60 % pour les cliniques (DREES, 2006).

Les établissements de santé concourent tous à assurer une mission commune : « le diagnostic, la surveillance et le traitements des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé » (Article L6111-1 du Code de la Santé Publique). Il existe cependant des subtilités légales entre le public et le privé. A titre de comparaison, on peut apercevoir une notion concernant les formations continues à l'hôpital dans l'article L711-3 du Code de la Santé Publique :

Le service public hospitalier concourt, au-delà des missions de l'ensemble des établissements de santé, à l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche, à la formation continue des sage-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, [...] à l'aide médicale urgente et à la lutte contre l'exclusion sociale...

Toujours dans le Code de la Santé Publique, si l'on parle des établissements de santé en général, donc privés et publics, cela est plus nuancé. Il est dit que l'Etat peut participer à la formation des professionnels de santé, mais la formation continue n'est pas mentionnée. Ainsi, lorsqu'un établissement n'est pas du domaine public, il ne semble pas y avoir d'obligation particulière à former les professionnels si cela ne fait pas partie d'une ligne de conduite guidée par la structure.

Nous pouvons nous poser la question des enjeux de ces différents types d'établissements de santé. Si les hôpitaux sont guidés par une mission de service public, les cliniques privées sont soumises à des impératifs économiques qui peuvent parfois limiter leur capacité à investir dans la formation continue des professionnels de santé. Pourtant, la formation continue est essentielle pour garantir la qualité des soins dans les cliniques privées, et les enjeux de qualité ne peuvent pas être sacrifiés au profit des impératifs économiques (Bocquého & Chauvin, 2010).

4 Les outils utilisés par les IADE

Face à une situation d'altération de la communication, des outils existent et les IADE peuvent les avoir à disposition. Ces outils sont des supports ou parfois des compétences acquises au décours de formations complémentaires.

La formation initiale IDE et IADE apporte des notions théoriques aux étudiants et aux futurs professionnels dans le domaine de la communication et du savoir-être. Mais pour Patricia Benner (1961) :

La théorie (les connaissances, le savoir) est un excellent outil pour expliquer et prévoir. La théorie offre ce qui peut être formalisé et explicité. L'expertise, par contre, ne peut se développer que lorsque le clinicien confronte à des situations réelles les propositions, les hypothèses, ou les attentes fondées sur les principes.

Des outils théoriques sont donc apportés aux professionnels lors de leur formation, et ils choisissent ou non de les utiliser dans leur pratique quotidienne. Voici différents outils que j'ai pu voir en application lors de stages au bloc opératoires, dans divers établissements :

- **La communication thérapeutique** : il s'agit d'une technique relationnelle issue de l'hypnose. D'après l'Institut Emergences (centre français dédié à l'hypnose et à la communication thérapeutique), elle fait appel à plusieurs choses : « l'analyse et l'utilisation de plusieurs types de langage dont nous avons parlé auparavant (verbal, non verbal, paraverbal), l'empathie, la reformulation et la capacité à remplacer des mots négatifs par des mots et/ou expressions dites positive. » Ce type de communication a été abordé dans nos modules de formation à l'IFPS de Brest, avec Elisabeth Chapalain et David Bronnec en 2022.

- **L'hypnose** : elle est définie par « un état de conscience modifié impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion » (American Psychological Association, 1994). Depuis plusieurs années, elle tend à se développer dans le domaine médical et notamment celui de l'anesthésie. En effet, de nombreuses études ont démontré son efficacité pour assurer bien-être et confort non pharmacologique aux patients et aux équipes dans de nombreuses situations. La SFAR en 2019, la qualifie d'ailleurs « d'outil à insérer parmi les autres thérapeutiques notamment médicamenteuses », entre autres dans le champ de la prise en charge de la douleur. Cet engouement pour l'hypnose a cependant conduit à la rédaction d'une charte éthique et au regroupement des IFPS au sein de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève (CFHTP) afin d'éviter toute dérive. Seules les formations citées par le communiqué de la SFAR sont alors reconnues, en tout cas dans le domaine médical. L'idée est alors de proposer un outil de qualité, par des professionnels de santé formés et diplômés.
- **L'hypnose conversationnelle** : elle est également appelée hypnose informelle car elle n'impose pas de contrat avec le patient. Pour la SFAR (2019), « cette approche utilise les techniques de langage, de relation (mirroring non verbal, paraverbal, pacing...), de focalisation, et de suggestion positive de l'hypnose de manière informelle, c'est-à-dire sans déclarer le moment de l'induction (entrée en transe) ». Son effet semble être transitoire, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas de bénéfice à son utilisation en post-opératoire, si ce n'est le confort et le bien-être du patient en pré et/ou per-opératoire.
- **La réalité virtuelle** : il s'agit d'une « technologie qui permet à une personne de vivre une expérience d'immersion dans un univers créé numériquement. » (Fuchs, 2006, p.8). Elle s'apparente à l'hypnose dans le sens où l'on entraîne les patients dans un état de conscience modifiée, par le biais de casque de réalité virtuelle. Elle peut être utile notamment dans le cadre de la douleur et permettrait de la réduire en saturant l'attention des patients. De nombreux terrains de stage rencontrés possèdent des casques de réalité virtuelle, mais j'ai rarement assisté à leur utilisation.

- **La simulation** : pour l'HAS (2019), la simulation en santé correspond à

L'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient dit standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.

Elle permet notamment d'expérimenter la simulation de situations réelles, afin d'appréhender la gestion des risques mais aussi celle des comportements. Avec certains élèves de notre promotion, nous avons eu l'occasion de participer à certaines séances de simulation au CESIM (CEntre de SIMulation) de Brest, par le biais de notre formation.

- **La présence d'accompagnants** : pour les patients non francophones ou les patients atteints d'un trouble du jugement, la SFAR (2010) recommande la présence d'un accompagnant lors de la consultation d'anesthésie. Cependant ces recommandations sont émises dans le cadre de l'ambulatoire. Selon les politiques d'établissements, nous pouvons parfois voir la présence d'accompagnants jusqu'en SSPI avant et après une intervention. C'est quelque chose que nous pouvons voir parfois en pédiatrie notamment. La présence d'un parent peut parfois faciliter la prise en charge. Dans le cadre de césarienne programmée, nous constatons également souvent la présence du conjoint jusqu'en salle d'opération. Selon l'HAS (2013), il est dit que l'autorisation de la présence du père dépend de la décision de l'équipe médicale de garde. S'il n'existe pas de consensus en niveau national, cela semble inscrit dans les mœurs de nombreux établissements. Cela pourrait-il être applicable dans d'autres domaines pour faciliter la communication avec certains patients ? Boquelet et Leclerc (2018) ont émis cette hypothèse dans le cadre de prises en charge de patients handicapés mentaux. D'après eux, « il est recommandé de laisser les proches accompagner le patient le plus longtemps possible si cela est souhaité et si cela semble de nature à les apaiser. » Cet accompagnant, selon la situation, pourrait être un proche, un traducteur, un parent ...

- **Techniques médicamenteuses** : Pour la SFAR (2019), les outils tels que l'hypnose doivent « rester au service et dans les limites de leur champ de compétences. » En ce sens, des techniques médicamenteuses sont parfois la seule solution à des facteurs pouvant générer une altération de la communication.
- **MediPicto** : il s'agit d'une application gratuite créée par l'APHP. Elle permet de favoriser la communication entre les professionnels de santé et les patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension. Avec cette application, à destination des professionnels mais aussi des patients, il est possible de dialoguer dans 16 langues différentes, ou bien d'utiliser des pictogrammes ou encore de construire des scénarios personnalisés afin de faciliter la communication. Une fois téléchargée, elle peut s'utiliser sans réseau.

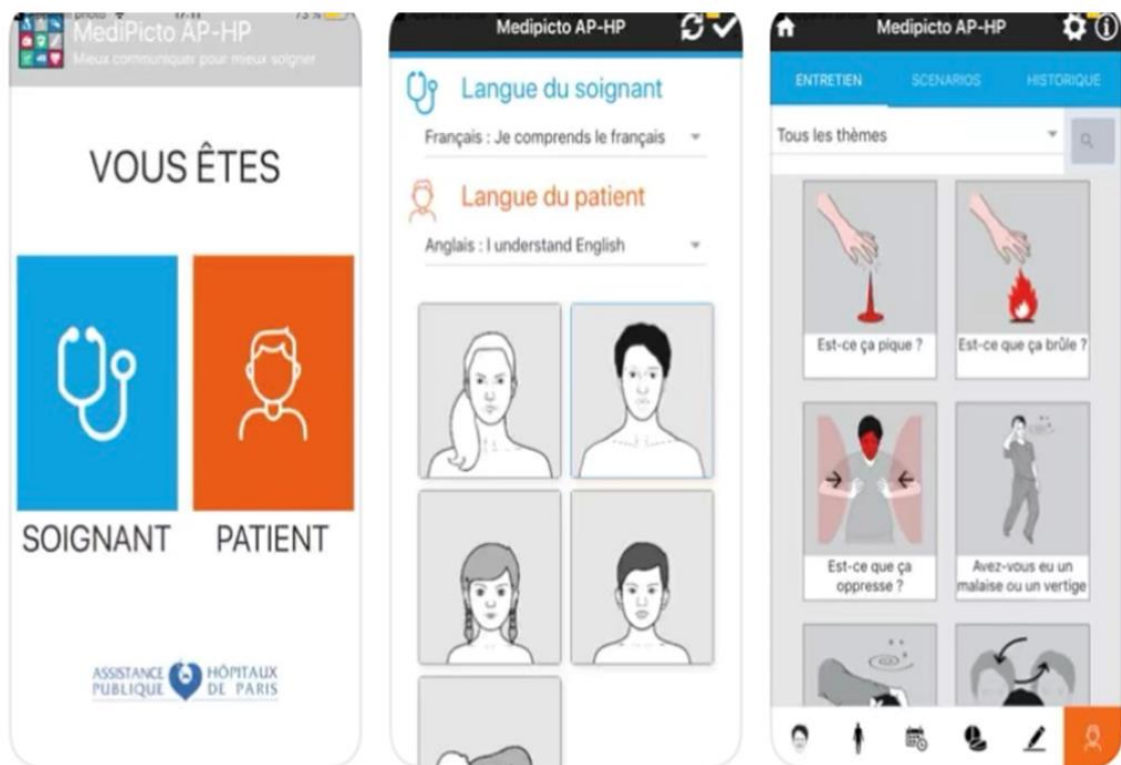


Figure 4 : Pages d'accueil de l'application MediPicto

QUESTION DE RECHERCHE

Pour rappel, la question de départ de ce travail était : *Quelles stratégies l'IADE met-il en place lorsque la communication est altérée avec le patient ?*

Est-ce qu'il y a des facteurs facilitants à développer ces stratégies ? Est-ce qu'il s'agit de préoccupations importantes pour les professionnels du bloc opératoire ? Si la littérature nous a montré l'importance de l'aspect relationnel de la profession IADE, comment la communication dans la relation soignant-soigné est-elle utilisée au quotidien en anesthésie ? Et surtout, lors de situations d'altération de la communication, comment font les professionnels ?

Il convient de souligner le temps de l'accueil comme le moment de la naissance de la relation de soin entre l'IADE et le patient au bloc opératoire. C'est lors de ce temps que la communication entre les deux protagonistes peut se faire. Il semble important de s'attarder sur ce temps particulier de la prise en charge globale du patient. « Le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil » (Fischer, 1996, cité par Formarier 2003). L'objectif de cette recherche serait alors de tenter de comprendre les stratégies utilisées par les professionnels à ce moment précis.

Une autre variable s'est ajoutée à l'équation au moment de rédiger la question de recherche finale. Le comité en charge de la validation de cette question a aimablement suggéré le fait de recentrer ce travail sur un contexte particulier, celui de l'ambulatoire. Pourquoi ? Car en ambulatoire, d'après le cours magistral du Dr Guillouët-Bebin (2021), 96% des patients sont ASA 1 ou 2. Ce sont des patients avec lesquels on ne s'attend pas nécessairement à vivre une situation d'altération de la communication. On n'imagine pas initialement que la communication peut être altérée avant de les rencontrer. Et pourtant, les IADE se retrouvent face à des situations où la communication avec le patient peut s'avérer difficile. De plus, depuis 2016, l'ambulatoire connaît un véritable essor en France, sous l'égide de la DGOS et des ARS. Le but est notamment de rattraper son retard de mise en œuvre face à ses voisins occidentaux mais aussi et surtout, d'après le HCSP (2021) de viser l'amélioration de la qualité des soins. L'ambulatoire tend donc à se développer de plus en plus.

C'est donc après un questionnement plus aiguisé et le fait de recentrer la problématique à un lieu d'exercice particulier que la question de recherche se dessine et devient la suivante :

« Quelles stratégies de prise en charge l'IADE met-il en place lors de l'accueil du patient au bloc de chirurgie ambulatoire, quand la communication est altérée ? »

Voici trois hypothèses qui pourrait répondre à cette question de recherche :

- L'**expérience** de l'IADE peut influencer la prise en charge du patient lors d'une situation d'altération de la communication.
- Les enjeux peuvent être différents entre **le privé et le public** et donc la prise en charge d'une situation de communication altérée est différente.
- De par son contexte de rapidité et de non attente de situation de communication altérée évidente, **le contexte de chirurgie ambulatoire** peut influencer la prise en charge d'une situation de communication altérée.

Nous allons expliciter la méthodologie de recherche utilisée dans cette étude afin de tenter de répondre à cette question.

METHODOLOGIE

1 Matériels et méthodes

1.1. Objectifs de l'étude

A la rédaction du cadre conceptuel et de la question de recherche, plusieurs grands thèmes sont ressortis :

- La communication/l'altération de la communication
- Les compétences relationnelles de l'IADE
- L'ambulatoire
- Les outils utilisés

A partir de ces thèmes, quatre objectifs ont été identifiés :

- Interroger le vécu des IADE face à la survenue d'une situation d'altération de la communication et ce que cela signifie pour eux
- Identifier la conscientisation ou non des compétences relationnelles chez les IADE et ce qui peut les influencer. Evaluer l'impact de l'expérience.
- Identifier les stratégies de prise en charge propres à l'ambulatoire et si elles diffèrent du bloc général.
- Identifier les outils utilisés par les IADE pour faire face à ces situations ou les outils qu'ils aimeraient connaître.

Ces objectifs ont pour but de souligner le ressenti des professionnels, étudier le type d'évènements qui surviennent, connaître les outils utilisés, leur utilité et leur accès. Enfin et surtout analyser l'impact sur la prise en charge des patients. Ces objectifs permettront d'orienter les questions du guide d'entretien.

1.2. Choix du type d'étude

Historiquement, et selon Denise Jodelet (2003), spécialiste de l'étude des représentations sociales et auteure de nombreux travaux sur le sujet « c'est dans le champ de l'application des sciences humaines et sociales à la résolution de problèmes pratiques, que la demande en matière de recherche qualitative s'est faite le plus sentir, conduisant au raffinement des procédures ». Il s'agit bien dans cette étude d'observer et de questionner des comportements humains.

Au regard des objectifs précédemment cités, plusieurs dimensions sont à prendre en compte dans cette recherche auprès des IADE : affective, personnelle, professionnelle, contextuelle etc. Toujours d'après Denise Jodelet (2003), « la complexité des phénomènes étudiés » nous impose une approche « holistique et globale » et donc une méthode qualitative.

Considérant alors le thème de mon mémoire de recherche et ce qui vient d'être dit plus haut, la méthode de recherche qualitative semble correspondre au mieux à cette étude.

D'après Blanchet & Gotman (2001, cité par Sifer-Rivière 2016), l'entretien est un « instrument de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal ». Pour Lynda Sifer-Rivière (2016), « l'entretien ne sert pas à reformuler ce que l'on sait déjà sur un objet ». Il permet :

L'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés, leurs repères normatifs, leurs interprétations conflictuelles, l'analyse d'un problème délimité ou précis à travers les différents points de vue en présence, les enjeux, les systèmes de relation, le fonctionnement d'une organisation.

Il existe d'ailleurs plusieurs types d'entretiens (ouvert, fermé et semi-directif). Toujours d'après Lynda Sifer-Rivière (2016) l'entretien semi-directif, n'est ni fermé, ni totalement ouvert. Il est pensé à l'avance grâce aux thèmes et objectifs de l'étude cités précédemment.

Si cela permet de structurer l'interview, on laisse une certaine liberté au déroulement de l'entretien. Pour Denise Jodelet (2003),

Si les différents auteurs qui défendent la démarche qualitative s'accordent à souligner qu'elle est la seule à autoriser une saisie holistique, naturelle et dynamique des phénomènes étudiés, la plupart d'entre eux reconnaissent toutefois que cette saisie doit s'appuyer au moins sur un cadre théorique ou une définition de problématique qui oriente l'attention sur les choses à regarder, les données à produire dans un contexte défini.

Pour poursuivre dans cette démarche, c'est donc autour d'un cadre conceptuel détaillé que la grille d'entretien de ce travail a pu se construire.

La méthodologie choisie est donc qualitative, et se fera à l'aide d'entretiens semi-directifs.

1.3. Population de l'étude

Au regard de la méthodologie choisie, il convient de choisir une population parente. Le thème de mon mémoire concerne les IADE, et en tant que future professionnelle, je souhaite interroger cette catégorie de personnes.

Le choix des sujets s'est porté sur la population IADE intervenant dans des blocs opératoires effectuant de l'ambulatoire. Au vu de la question de recherche, les IADE travaillant dans le secteur du préhospitalier n'ont pas été inclus dans l'étude. Il est convenu avec le comité de recherche de s'arrêter au nombre de six.

D'après le cours sur la méthodologie qualitative d'Anna Saenco, ingénieur d'étude, que nous avons reçu à l'IFPS, c'est la méthode « par quotas » qui a été choisie pour l'échantillonnage. Cette méthode non aléatoire permettra d'apporter une certaine représentativité de l'échantillon sélectionné. On en tirera ou non des informations spécifiques à chaque groupe de population constitué ; seule l'analyse nous le dira.

Le choix de population de l'étude s'est donc fait en tenant compte de certaines variables et de leurs statuts. Lors d'une étude qualitative, il ne doit pas y avoir plus de 5 variables identifiées, selon Denise Jodelet.

Les variables ont été choisies au regard des hypothèses de recherche précédemment citées et pour répondre au mieux aux objectifs de l'étude. Les variables retenues sont :

- Le lieu d'exercice : trois IADE exerçant dans le public et trois IADE exerçant dans le privé.
- L'expérience du professionnel : l'objectif est d'interroger des IADES novices (prise de poste récente) compétents (2/3 ans d'expérience) et experts (niveau élevé d'adaptation et de compétence). Il y aura donc un IADE de chacun de ces niveaux de compétence cités dans le public et idem dans le privé.

SUJET	SEXE	EXPERIENCE IADE			STRUCTURE	
		<i>Novice</i>	<i>Compétent</i>	<i>Expert</i>	<i>Public</i>	<i>Privé</i>
IADE 1	H		X		X	
IADE 2	F	X			X	
IADE 3	H			X		X
IADE 4	F			X	X	
IADE 5	H	X				X
IADE 6	H		X			X

Figure 5 - Variables et caractéristiques de l'échantillon

1.4. Choix des lieux d'enquêtes

De nombreux établissements proposent une activité de chirurgie ambulatoire au sein de leur bloc général. J'ai décidé de me diriger vers une population exerçant dans des structures publiques et privées de la région de Brest pratiquant cette activité. J'ai choisi de rester dans ce bassin géographique, pour privilégier les entretiens de visu dès que possible.

Après un premier contact par mail ou téléphone, j'ai pu interroger des IADE exerçant dans ces établissements :

- Le Centre de Chirurgie Ambulatoire du CHRU de Brest
- Le Centre hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau
- Une clinique privée dans le Finistère
- La polyclinique Quimper sud à Quimper
- La clinique Pasteur à Brest

1.5. Elaboration du guide d'entretien

Le guide a été élaboré grâce aux apports sur la méthodologie qualitative d'Anna Saenco. Il a été construit puis testé auprès d'elle. Cette première phase a permis de reformuler les questions, les réduire pour certaines, et faire en sorte qu'elles n'induisent pas les réponses.

Le 23 janvier 2023, le guide d'entretien final a été validé par le comité de recherche de l'IFPS, en accord avec ma directrice de mémoire.

Le guide est introduit par une consigne générale et une consigne inaugurale avant de poser les questions à l'interviewé. Dans la consigne générale, le consentement pour l'enregistrement est demandé. Il est également précisé que leur anonymat sera respecté, notamment dans la retranscription et dans l'analyse des données. Ces éléments font partie d'un contrat de communication, établi entre l'interviewer et l'interviewé.

J'ai choisi de ne pas rédiger de relance ; j'estime qu'elles se feront au fur et à mesure de l'entretien et surtout en fonction des réponses des professionnels. Après les questions, le choix est laissé à la personne interviewée de rajouter des remarques personnelles.

Le guide est composé de onze questions, divisées en plusieurs thèmes, issus du cadre conceptuel du mémoire. Chacun de ces thèmes correspond aux objectifs cités précédemment.

Vous retrouvez le guide d'entretien en annexe de ce travail.

1.6. Déroulement

Une fois le guide d'entretien final validé, les IADE ont été contactés par mail ou par téléphone. Leurs coordonnées ont été obtenues, après leur accord, auprès des formateurs de l'IFPS, par des collègues de promotion, ou par mes soins.

Des rendez-vous ont été convenus pour les entretiens :

- Trois ont eu lieu au sein des établissements de santé :
 - Deux dans des bureaux de médecins/cadres
 - Un au self (vide) de l'établissement
- Un entretien a eu lieu au domicile d'un des IADE.
- Un autre a eu lieu à l'IFPS, dans une salle réservée à cet effet.
- Un autre s'est fait par appel, via la messagerie WhatsApp dans une salle de l'IFPS.

Concernant les entretiens ayant eu lieu au sein des structures de soins, le premier a été réalisé aux alentours de 14h. L'IADE interrogé avait pris soin de mettre en place un relai avec un collègue. Pour les deux autres, ils ont eu lieu en fin de journée. Nous n'avons donc pas de limite de temps ou d'autres éléments perturbateurs particuliers. A chaque fois, nous avons eu facilement à disposition un endroit calme pour s'installer.

En amont, j'ai annoncé un temps d'environ une demi-heure d'entretien. La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes. Le plus court ayant duré 14 minutes et le plus long 28.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un téléphone portable via l'application Magnétophone, puis retranscrit sur ordinateur sur le logiciel Word le soir-même. Pour Lynda Sifer-Rivière (2016) « on considère que l'analyse rigoureuse des entretiens n'est possible que si le contenu de leur enregistrement fait l'objet d'une transcription écrite ». J'ai choisi la retranscription verbatim, évitant ainsi toute perte de données.

Le paraverbal, les silences, les interruptions, les gestes, les rires sont aussi retranscrits grâce à quelques notes, très brèves, écrites pendant l'entretien. Cela permet de « consigner les interactions non verbales » (Miller, Glassner, 2004, cité par Sifer-Rivière, 2016) qui ne peuvent être enregistrées sur un magnétophone mais qui sont parfois tout aussi importantes.

Pour chaque entretien, j'ai pris le temps de me présenter, pour ceux qui ne me connaissaient pas, puis j'ai situé le cadre de ce travail en donnant la consigne générale et inaugurale. Dans cette dernière, le choix est laissé aux IADE de se présenter et de décrire leur parcours professionnel. En effet, pour Denise Jodelet (2003), si « l'on veut accéder à l'univers de pensée et aux représentations propres de l'interviewé, on prendra soin de les mettre à l'aise en les centrant sur leur propre expérience ».

Après les consignes viennent les questions. Le choix est fait de ne pas annoncer les thèmes et objectifs avant de poser les questions, pour ne pas orienter les réponses des IADE. Il m'est arrivé de paraphraser certaines des réponses ce qui pour Blanchet et Gotman (2001, cités par Sifer-Rivière, 2016)) « amène à amener davantage d'explicitation ». Les silences semblant être des temps de réflexion ont été respectés avant de poursuivre sur d'autres questions. Quelques notes ont été prises pour pouvoir rebondir plus loin dans l'entretien sans couper la pensée de la personne interrogée.

Sur les conseils d'Anna Saenco, le téléphone en charge de l'enregistrement n'était pas interposé entre les IADE et moi-même, mais plutôt à distance. Comme ceci, le téléphone ne devenait pas un objet préoccupant pour l'interviewé. Il était en mode « ne pas déranger » pour éviter tout bruit de vibreur ou d'écran qui s'allume au cours de l'entretien.

2 Le positionnement de chercheur

Dans cet exercice de recherche, le but était d'interroger des professionnels dans le domaine de l'anesthésie. Certains auteurs estiment que « l'entretien peut être présenté comme une conversation » (Kaufmann, 2014, cité par Sifer-Rivière, 2016). L'idée étant alors de « réduire l'artificialité » de la situation. Le tutoiement a donc été utilisé – en réponse au tutoiement utilisé par tous les IADE envers moi. J'ai voulu adopter une posture de simplicité, ne pas rentrer dans un discours trop solennel. Pour chacun des entretiens, sauf celui par téléphone, nous étions donc assis côte à côte. Pour Blanchet et Gotman (2007), il convient d'adopter une posture « bienveillante, patiente, non autoritaire [...] l'interviewer ne devrait pas tenter d'influencer, de juger, ou de confronter les interviewés. » Cela s'est fait de manière naturelle. J'ai été amenée à répéter certaines réponses, ou à les questionner sans pour autant les juger. Comme nous l'avons dit précédemment en citant Denise Jodelet, il convient de mettre la personne interrogée à l'aise, notamment pour obtenir des réponses les plus vraies possibles.

En tant que future collègue, il est primordial d'adopter une attitude professionnelle pour que les IADE interrogés puissent me prendre au sérieux. Il est nécessaire qu'ils comprennent l'importance de mon travail de recherche, et la rigueur demandée, malgré la simplicité et la bienveillance de la situation.

Il convient ici de faire part du changement de paradigme qui s'est opéré dans ce travail. En effet, le mot paradigme vient du grec « *paradeigma* » qui signifie « modèle » ou « exemple ». C'est une interprétation donnée, à un certain moment de la vie, servant de référence, de modèle à une communauté précise, utilisant un schéma de pensée identique. Pour Kuhn (1983, cité par Paillard, 2021), les paradigmes se succèdent, changent, et l'on passe de l'un à l'autre par des révolutions. C'est par la méthodologie qualitative, grâce aux entretiens, que ce changement a pu avoir lieu. Cela a apporté un regard nouveau sur la profession et ses capacités relationnelles. Les croyances, les constats, liés notamment aux représentations sociales de l'IADE, sont apparues totalement nouvelles via les réponses des IADE aux questions du guide d'entretien. En voici les résultats.

RESULTATS ET ANALYSE

Les six entretiens ont été étudiés avec une grille d'analyse. Elle a été construite autour des retranscriptions verbatim selon la méthodologie de Delhomme et Meyer (2002). Cette grille a été élaborée sur le modèle du premier entretien qui apparaît être le plus complet. De là, ce sont dégagées deux catégories principales, divisées en thèmes et sous-thèmes : la communication altérée et les stratégies de prise en charge de la communication altérée. Vous retrouverez la grille d'analyse en annexe de ce travail. Les IADE dans cette partie seront nommés **I1** à **I6**.

1 La communication altérée

1.1. Définition

Les IADE définissent l'altération comme quelque chose de négatif dans leur pratique quotidienne qu'ils ont déjà tous rencontré. Pour l'I1, c'est une « *perte de crédibilité* ». Pour l'I6, il y a un côté « *péjoratif* ». « *La communication est difficile* ».

Certains IADE voient en l'altération de la communication une barrière du langage ou de la compréhension venant du patient lorsqu'on leur demande la définition. Ce sont « *des personnes qui ont du mal à communiquer, à comprendre, des personnes malentendantes.* » (I2). Ou bien « *la personne a des troubles du langage, des troubles de l'audition, des troubles psychologiques.* » (I3). Pour l'I4, il s'agit de « *patient de psychiatrie, patient autiste* » « *personnes sourdes* » « *personne stressée* ». Pour l'I5, il y a une « *barrière pathologique, d'ordre mental ou alors stressé, de l'ordre émotionnel* »

Mais tous les six parlent d'une origine soignante également à ce problème et ils ont tous été déjà confronté à ce genre de situation à l'accueil du patient. L'I2 évoque une origine « *aussi bien patient que soignant !* ». Pour l'I1, il s'agit « *d'un défaut dans la prise en charge du patient* ».

1.2. Les facteurs

Les IADE interrogés évoquent de multiples facteurs pouvant aboutir à l'altération de la communication : « *C'est multifactoriel !* » (I2)

- **Le bruit** : trois d'entre eux ont cité le bruit comme vecteur de l'altération de la communication, ce bruit venant des « *personnes extérieures* » (I1), à l'accueil comme à l'induction : « *Il y a du bruit qui peut te gêner !* » (I4)
- **Le soignant** : D'après l'I1, il y a une « *impossibilité d'être opérationnel à 100 % tous les jours* », « *ça peut venir de notre part !* ». Pour l'I6 : « *ça peut être l'IADE aussi, quand on est un peu énervé, peut-être un peu en speed* » « *le stress de l'IADE* »
- **D'ordre organisationnel** : plusieurs IADE pointent du doigt l'organisation du service et notamment l'endroit où sont réalisés les entretiens d'accueil. Pour l'I2, ce n'est « *pas toujours optimal quand l'accueil se fait en salle de réveil pour s'adapter au patient* ». Pour l'I3 : « *maintenant il y a les masques, c'est plus gênant* », « *on ne peut pas mettre nos méthodes de communication à profit avec tous les médecins qui sont là*. L'I4 parle de « *soucis organisationnels au niveau de l'accueil, temps d'accueil morcelé* ». L'I6 pointe l'absence d'accompagnant au bloc, dans son établissement, ce qui ne facilite pas toujours les échanges avec le patient. « *Pas d'accompagnant une fois passée la porte du bloc* ». L'I5 se questionne : « *est-ce qu'on pense toujours au relationnel malgré cette pression de temps, d'efficacité, de technique* » imposée par le bloc opératoire ?
- **La communication interprofessionnelle** : dans cette étude, trois IADE évoquent le rôle des échanges interprofessionnels dans la prise en charge du patient. D'après l'I4, « *le manque de communication dans l'équipe, ça peut être stressant pour le patient* » « *plus tu communique bien dans une équipe, plus tu communique bien avec le patient* » « *si tu communique bien dans une équipe, tu fais attention les uns aux autres, on va faire les choses ensemble. A l'inverse il peut y avoir des conséquences sur le patient* ». Le défaut de cette communication interpersonnelle est vu comme un « *manque de respect pour le patient* » (I5). Pour les IADE interrogés, un recadrage entre pairs, (« *il n'est plus question de hiérarchie* » (I5)), est faisable voire nécessaire : « *si on ne dit rien, les gens gardent leurs habitudes* » (I5). Pour eux, il convient de le faire à posteriori : « *je ne mets jamais les professionnels en défaut devant le patient* » (I1). « *Je ne résous pas ça sur le moment, car c'est anxiogène pour le patient* » (I5). Pour l'I1, il faut être capable de « *se recadrer soi-même aussi* ».
- **Le genre du soignant** : un des IADE évoque le genre du soignant comme un facteur pouvant altérer la communication : « *des gens qui se méfient [IADE masculin, patiente de sexe féminin] dans certains types de chirurgies* » (I5).

- **Le contexte** : « *La situation d'urgence peut nuire à la communication* » (I1)
- **L'environnement** : L'altération de la communication peut être liée à « *l'environnement, du personnel qui passe, des interruptions* » (I2). « *Quand on est trop nombreux autour du patient à l'accueil* », « *quand on parle entre collègues, on ne calcule pas le patient* » (I4). « *Des gens qui viennent me parler pendant que je suis en train de me présenter* » (I5).
- **Autres** : « *pleins d'éléments annexes* » (I1)

2 Stratégies de prise en charge de la communication altérée en ambulatoire

2.1. La communication IADE-patient

- **Obligation** : les IADE de cette étude évoquent la communication comme un outil indispensable, « *essentiel* » (I5) voire même comme une « *obligation* » (I1). Ils évoquent la communication comme la « *base de notre métier* » (I1), comme quelque chose de « *fondamental [...] dans notre travail* » (I2). Il s'agit pour eux « *d'une part intégrante de la prise en charge* » (I1). « *Il faut être dans la communication !* » (I2). Pour l'I4, cette obligation, c'est « *du systématique, comme la check-list !* ». Pour l'I6, il est nécessaire de « *l'intégrer dans ta routine technique* »
- **Compétences communicationnelles, relationnelles / capacités personnelles de communication** : les compétences relationnelles de l'IADE sont mises en lumière dans cette étude. Si dans l'imaginaire collectif « *on voit l'IADE comme un couteau suisse technicien* » (I5), dans cette étude les IADE évoquent le fait « *qu'on a le premier contact avec les patients, donc c'est forcément un moment où tu peux échanger* » (I2). Pour l'I4, « *l'IADE = très relationnel* ». Ces compétences, d'après l'étude, relèveraient d'un caractère inné, c'est-à-dire que pour les IADE interrogés, « *c'est lié à la personne plus qu'à un statut, une profession* », c'est selon le « *tempérament de chacun* » (I2). Pour eux, il s'agit d'une « *question de personnalité* » « *la sensibilité, tu l'as d'emblée en toi* » (I4), « *ça dépend de chacun, des caractères* » (I5).

Il y a cependant une part d'acquis, « *ça dépend de son vécu, il y a l'âge aussi* » (I6), « *la communication ce n'est pas inné* » (I1). Les expériences professionnelles passées peuvent également jouer. Pour l'I6, il s'agit de « *compétences de soignant avant tout* ». Certains IADE de l'étude évoquent l'expérience, ou le fait d'être à l'aise pour avoir de bonnes compétences relationnelles : « *plus on devient sûr de soi, à l'aise. Au début on se focalise sur la technique* » (I1), « *il y a une part d'expérience [en tant que SOIGNANT, pas forcément IADE]* », il « *faut être à l'aise [techniquement]* » (I6), « *l'expérience joue carrément là-dedans pour être à l'aise* » (I5). Mais pour certains, cela relève seulement de leur personnalité : « *je suis comme ça, je n'ai rien appris par rapport à ça* » (I2). Certains émettent plus de nuance : « *j'avais ça en moi, mais je ne savais pas le mettre en application* » (I5).

- **Temps de prise en charge court** : plusieurs IADE de l'étude parlent du « *laps de temps extrêmement court, on ne peut pas le rater* » (I1). « *On a 30 secondes pour parler au patient, pour qu'il adhère au soin, pour qu'il nous fasse confiance* » (I6). « *Il faut être efficace, mais adapté à chaque situation !* » (I1). L'I3 parle aussi de la notion d'efficacité : « *on voit très peu les gens donc il faut que ça soit efficace* ». En revanche, pour l'I5, « *s'il y a trop de barrières, peut-être qu'il y a vraiment un blocage qui va être difficile à surmonter sur une si courte période* »
- **Rôle /impact de la communication sur l'anesthésie** : L'I1 définit la communication comme « *la clef de beaucoup de choses* ». Il précise que l'anesthésie « *ce n'est pas que de la technique* ». Pour lui, « *l'accueil est une période à ne pas rater* », et pour l'I3, « *l'accueil, c'est là que tout se joue* ». Presque tous soulignent l'importance de la communication dans la prise en charge globale du patient « *pour le bien vécu des patients* » (I2). L'I6 définit d'ailleurs que cela peut être perçu « *comme une intrusion dans la vie des gens* » et qu'il convient alors de « *s'adapter à chaque personne* ».
- **Spécificité ambulatoire VS bloc général** : alors justement, quand il s'agit d'ambulatoire, y'a-t-il une différence dans la prise en charge relationnelle ?

Dans le secteur privé, où le bloc général et l'ambulatoire sont mélangés dans le programme, les trois IADE interrogés sont unanimes : « *il n'y a pas de modification de la prise en charge* » (I3). « *Aucune différence pour moi* » (I5), « *Pas de différence dans mon vécu en tous cas* » (I6). Dans le secteur public, les réponses sont plus nuancées. Si pour I4 « *le relationnel est important mais comme dans toute chirurgie, plus ou moins lourde* », pour d'autres, en ambulatoire, le « *patient est stable en salle, donc on a le temps de sortir se présenter au suivant, oui l'ambulatoire est différent* » (I1). « *En termes de relationnel, ça ne change pas bcp, à part des personnes plus en forme* » (I2). L'I4 soumet que l'on fait « *beaucoup d'ALR, et ça va se développer partout [en ambulatoire].* »

- **Techniques** : quand la communication est altérée, les IADE ont de multiples ressources, acquises ou innées. Le mot qui est le plus ressorti dans ce qu'on peut appeler les techniques de prise en charge, c'est « *s'adapter* » (I2), « *adapter notre façon d'accueillir* » (I3). « *Quand c'est altéré je m'adapte !* » (I3) Les différentes techniques sont classées en plusieurs catégories pour une lecture simplifiée. En effet, les IADE en ont évoqué de nombreuses, d'ordre différent, pour faire face à la communication altérée.
 - La relation soignant/soigné : l'I1 évoque le fait de « *tisser un lien relativement fort avec le patient* ». Il parle de « *cercle de confiance* ». Et l'I4 de « *mettre la personne en confiance* ». Pour l'I2 il convient d'avoir « *une vision globale* ». Pour l'I6 il est important de donner la même énergie à chacun des patients : « *Même si c'est le 23^e patient de la journée, il faut le prendre en soin comme le premier* ».
 - Les techniques de communication : elles sont diverses et variées chez les IADE interrogés. Elles font partie de la communication verbale ou non verbale. Pour l'I1, il faut « *les rassurer, leur expliquer* », « *ne pas forcer les gens à communiquer s'ils ne le veulent pas* ». Il faut savoir utiliser des « *mots clefs* » et « *ne pas se mettre à la place du patient, mais essayer d'imaginer ce qu'il peut ressentir* ». L'I4, à l'inverse : « *je me mets à la place de la personne, essayer de communiquer, qu'elle soit confortable* ». Pour cela, c'est la « *communication thérapeutique* » qui est utilisée, pour « *essayer de les déstresser* » : « *moi je pars surtout sur leurs loisirs, et finalement ce sont eux qui vont se mettre à parler* ». L'I3 insiste sur le fait d'utiliser un « *vocabulaire adapté* ».

Il évoque le fait que certains de ses collègues, « *deux jeunes médecins anesthésistes, utilisent de la communication thérapeutique* ». L'I2 parle de « *prendre la température au début* », puis d'utiliser le « *mimétisme pour rassurer la personne* », « *parler calmement, s'asseoir, si c'est une personne calme* », toujours dans une logique d'adaptation. L'I5 évoque la notion de consentement avant d'utiliser une technique ou une autre : « *je leur demande s'ils sont d'accords d'essayer de penser à ça ...* ». L'I6 utilise volontiers « *l'hypnose conversationnelle avec tous les patients* » et n'hésite pas à « *parler plus fort* » ou utiliser des « *les reformulations aussi* ». « *Parfois, [il] arrête de parler [à la demande du patient].* »

- Gestion du temps : plusieurs IADE parlent de « *prendre le temps* » (I1 et I6). « *Tu prends le temps !* » (I2).
- Gestes ou attentions : d'après les IADE, ce sont des choses qui permettent de « *rassurer* » (I1) le patient. L'I1 va par exemple « *voir les gens au réveil* », ou se permet parfois « *une main sur l'épaule, un petit geste, une attention particulière* ». Pour l'I2, il s'agit plutôt d'apporter une atmosphère détendue : « *mettre du chauffage pour les rassurer* », « *musique de fond* », « *tamiser la lumière* ». L'I3 adapte « *le regard, la voix, le toucher* »
- Supports de communication : les IADE peuvent se reposer sur des ressources humaines, matérielles ou technologiques.
 - L'I2 n'hésite pas à faire appel à des « *ressources extérieures : d'autres personnels par exemple* ». « *Être accompagné dans les situations difficiles* », « *s'attendre entre collègues pour accueillir le patient ensemble* » (I4). L'I2 « *fait appel aux collègues* » et parle « *d'optimiser la prise en charge, travail d'équipe, il faut les compétences de tout le monde.* » Mais pour l'I6, « *quand on est nombreux, il faut un leadership.* »
 - L'I3 cite l'utilisation du « *téléphone, tablette pour mettre de la musique* » ou encore le « *casque de réalité virtuelle* ». Quand l'origine d'une altération de la communication est bien identifiée, l'I4 évoque la présence de « *badges sourds/malentendants* » pour faciliter la communication. Idem pour l'I6 : « *collier malentendant, je baisse le masque* ». Il n'hésite pas à « *parler en anglais ou utiliser Google Traduction* » quand c'est nécessaire.

- Techniques médicamenteuses : lorsque l'I4 est dans l'impasse, il parle « *d'ajouter des petits produits en plus* ». « *Ça se finit par Hypnovel©, des médicaments* » (I2).
- Absence de technique : il arrive que parfois, les techniques mises en place ne suffisent pas à passer outre l'altération de la communication. « *Si la personne est fermée, je ne vais pas aller au-delà, je ne vais pas essayer de créer une relation* » (I5). « *Parfois pas de solution, on pousse les drogues on y va* » (I6). Pour l'I3, il s'agit alors de « *forcer un petit peu, car en communiquant ça ne va pas passer, mais on n'aime pas le faire ! Mais on fait ...* »
- Autres : Quand c'est possible, l'I4 met en place la « *sortie de salle debout, ils sont acteurs, ça fait moins malade* ». L'I5 utilise volontiers des « *techniques de sophrologie* ».

Pour chacune de ces techniques, les IADE s'adaptent, même si certains évoquent un « *schéma relationnel assez répétitif que j'adapte en fonction des patients* » (I5), « *toujours les mêmes phrases mais que j'adapte* » (I6).

- **Amélioration des pratiques** : trois IADE interrogés soulignent l'importance de l'amélioration des pratiques au quotidien : « *l'expérience fait qu'on doit s'améliorer !* ». Si pour l'I5, « *on est de plus en plus un grand nombre axé sur le relationnel* », pour l'I3 : « *ce n'est pas toujours facile* », « *dans la communication il faut être deux, et souvent, le soignant n'y est pas.* ». D'après l'I1, « *on voit qu'il y a des progrès. On voit que les gens veulent s'améliorer, on voit qu'il y a des formations qui existent. Donc ça veut dire qu'il y a des personnes expertes dans ce domaine. Il y a 30 ans, je ne pense pas.* »
 - Limites : les facteurs de l'altération de la communication d'ordre organisationnel, cités précédemment, sont eux, considérés par les IADE comme des freins à l'amélioration des pratiques. Pour l'I5, « *l'être humain n'a pas des capacités relationnelles infinies. On voit bien les soignants qui changent de voie au bout d'un moment parce qu'ils ont trop donné humainement* », « *je pense que des gens full time dans le boulot, selon ce qui se passe chez eux, le relationnel peut passer un peu derrière* ».

- Ressources : certains IADE trouvent des ressources pour cela à l'extérieur : « *le temps partiel, me permet de me ressourcer* », « *je suis jeune dans le métier, j'ai plein de ressources* » (I5). D'autres au sein de leur établissement : « *les petites structures, ça facilite* », « *on a la chance de les voir [les patients] au réveil* ». Des ressources puisées dans la formation des IADE ont été citées dans cette étude.
- **Formation initiale** : Pour l'I1, « *maintenant la communication fait partie intégrante du module de formation* », à l'école d'IADE. L'I6 lui évoque la formation initiale en tant qu'infirmier : « *A l'IFSI, on est vachement centré sur la communication* », le « *nouveau diplôme infirmier, on est beaucoup plus sensibles que les autres* », « *on en parle en cours* ». Tous deux sont issus de promotions infirmière et IADE sorties après 2012. Pour l'I3, diplômé depuis 2003, quand on évoque les unités d'enseignement axées autour de la communication avec le patient : « *je n'ai pas souvenir, mais je trouve ça super, il faut avoir* ». Pour l'I1, « *je ne pense pas que trente ans en arrière, c'était mis au centre du soin* ».
- **Formations autres** : Deux IADE interrogés ont eu accès à la formation « *communication thérapeutique* ». Pour l'I1, il s'agit de « *communication positive* ». Pour l'I4, « *cela devrait être indispensable, un peu comme la formation incendie qui est obligatoire à l'hôpital. Même entre collègues pour que les gens communiquent bien entre eux!* ». Il s'agissait alors de trois jours de formation, qui pour l'I4 demande « *moins d'engagement qu'un DU [d'hypnose], ça ne fait pas de mal* ». Concernant l'hypnose, ils sont plusieurs à l'utiliser dans leur pratique quotidienne, sans avoir eu nécessairement recours à une formation spécifique : « *j'ai eu une petite formation hypnose, mais pas de quoi prétendre à être un hypnothérapeute* » (I5). L'I6 : « *Je fais de l'hypnose conversationnelle à tous mes patients. J'ai appris sur le tas. Je me suis inspiré d'autres IADE en stage* » Pour lui, « *l'hypnose ne serait pas adaptée, ça va tellement vite. On ne peut faire que de l'hypnose conversationnelle* ». L'I4 a également évoqué le Centre de Simulation en Santé de Brest, auquel les personnels du CHRU de Brest ont parfois accès : « *sur la communication, j'ai fait au CESIM le rôle d'IADE avec des IBODE qui parlait de communication. Il devait manquer quelqu'un, on m'a proposé ...* »

2.2. Les besoins

Dans cette étude, les IADE, malgré leurs nombreuses ressources, ont exprimé le besoin de se former ou d'en connaître un peu plus.

- **Besoins de formation** : « *J'en aurai besoin, complètement ! Je suis ouvert à d'autres formations* » (I5). Pour l'I1, « *c'est très important de se former à la communication !* ». Deux IADE ont parlé « *d'hypnose, pourquoi pas !* » (I6) ou « *des techniques pour aller plus loin sur l'hypnose* » (I4). Deux des IADE ont évoqué la formation d'hypnose conduite par l'association Emergences : « *la formation d'hypnose à la clinique Saint-Grégoire* ». L'I4 avait d'ailleurs eu l'occasion de rencontrer Franck Bernard, le responsable du pôle Douleur Aigue d'Emergences : « *il était top. On l'avait vu à une journée IADE il y a très longtemps. Je me rappelle, il m'avait bluffé, là, on l'avait vu, il avait fait une présentation. Mais il était tellement super que ça donnait trop envie de travailler avec lui !* ». L'I5 ne serait pas contre « *une formation sur le relationnel, sur les personnes qui présente une barrière ou une altération de la communication* ».
- **Besoin de perfectionnement** : cela fait écho à l'amélioration des pratiques. L'I2 estime qu'il a « *besoin d'être à l'aise [techniquement] pour être plus attentif au relationnel* ». Ensuite pour l'I1, « *Il n'y a pas que les formations, il y a aussi le partage interprofessionnel qui entre en place* ». « *C'est aussi des discussions entre professionnels, pour tendre vers le meilleur.* »
- **Limites** : D'après l'I5, exerçant dans le privé, « *on n'a pas de propositions de formations, je trouve qu'il faut faire l'effort d'aller les chercher* ». « *En clinique, on nous les propose pas [les formations] comme à l'hôpital* » (I6). En effet, pour l'I4, du secteur public, qu'il s'agisse de la formation communication thérapeutique ou alors le passage au CESIM, « *c'était avec l'hôpital* », cela lui avait été proposé par l'établissement. En revanche, pour le CESIM, « *il faut qu'il y ait quelqu'un pour nous remplacer* », ce qui n'est pas toujours évident. Il y a aussi la question du financement de ces formations « *pas de financement, donc je me suis autofinancé la formation en communication thérapeutique* » (I1).

Dans ces six entretiens, les IADE ont su, à leur manière, définir ce que leur évoquait la communication altérée. Ils ont été capables d'en décrire les facteurs déclenchants et semblent tous accorder une importance à la communication dans leur travail quotidien. Ils ont su également décrire des freins, des limites, à la mise en place des outils pour faire face à cette altération de la communication et décrivent des attentes particulières, de formation notamment, dans ce domaine. Nous allons en discuter.

DISCUSSION

Pour rappel, la question de recherche de cette étude est : « **Quelles stratégies de prise en charge l'IADE met en place lors de l'accueil du patient au bloc de chirurgie ambulatoire, quand la communication est altérée ?** ». L'objectif est alors de mettre en lumière les différentes stratégies utilisées par les IADE quand cette situation se présente, dans un contexte particulier. Trois hypothèses sont venues étayer cette question et ont permis de sélectionner une population d'étude particulière.

Dans cette discussion, nous allons confronter les hypothèses de départ aux résultats d'enquête obtenus, avant d'ouvrir le débat à de nouvelles notions.

1 Les hypothèses

1.1. Le rôle de l'expérience

La première hypothèse de départ était que **l'expérience de l'IADE pouvait influencer la prise en charge du patient lors d'une situation d'altération de la communication**. Dans les entretiens menés, les IADE ne sont pas tous d'accord avec cette notion d'expérience, en tous cas pas comme elle a été précédemment décrite. Ici les IADE apportent une nouvelle notion à celle de l'expérience, c'est celle du vécu, l'expérience de soi. Elle est différente de l'expérience professionnelle à proprement parlé qui peut se mesurer, elle, en nombre d'années d'exercice pour atteindre l'expertise. Les capacités relationnelles innées, pour certains des IADE interrogés n'ont pas forcément de lien avec l'expérience professionnelle.

Pour l'OMS (2001, cité par Paillard, 2021), l'expérience de soi-même se définit comme « les fonctions mentales spécifiques de la prise de conscience de sa propre identité et de sa propre position dans la réalité de son environnement. » Il faut ajouter à cela l'expérience professionnelle passée de chacun des IADE interrogés qui n'est pas nécessairement nulle, même si les IADE sont novices dans leur nouvel exercice professionnel. C'est pourtant sur ce critère d'expérience dans le domaine de l'anesthésie que la population de l'étude a été choisie.

Nous ne pouvons donc pas affirmer cette première hypothèse, bien que certains IADE parlent d'être à l'aise techniquement pour pouvoir faire entrer le relationnel dans leur pratique. « *L'expérience fait qu'on doit s'améliorer !* » (I1).

Pour faire un parallèle avec les représentations sociales de l'IADE, la majorité de ceux interrogés ont tout de même pointé du doigt le fait qu'un IADE, bien qu'il soit bon technicien, doit être bon dans le relationnel.

1.2. Les enjeux dans le public et dans le privé

L'hypothèse de départ concernant les différents types de structures était la suivante : **les enjeux peuvent être différents entre le privé et le public et donc la prise en charge d'une situation de communication altérée est différente.** Les techniques utilisées en communication et les formations proposées par les établissements peuvent être différentes. Le facteur temps aussi pourrait jouer sur la prise en charge à l'accueil du patient, avec un nombre potentiellement plus important de patients dans le privé que dans le public.

Si les enjeux économiques des différents types d'établissements sont effectivement différents, c'est la question du temps dédié à l'accueil qui apparaît dans plusieurs des entretiens menés. Mais qu'il s'agisse du privé ou du public, le temps d'accueil semble restreint. Pourtant les IADE interrogés le disent : il faut prendre le temps.

Cette hypothèse ne peut non plus être affirmée par les résultats. En effet, plus que le type de structure, il s'agit de l'engagement de celle-ci à la formation qui est plutôt souligné. La volonté de formation, l'accès au financement, le temps dégagé. Et bien évidemment la volonté des IADE.

La différence que l'on peut retrouver entre les deux types de structure serait donc plutôt l'accès aux formations. Chez les IADE interrogés, l'accès aux formations, notamment liées à la communication, est plus difficile dans le secteur privé. Or il ne s'agit ici que d'un échantillon de six IADE, il est difficile d'en faire un constat généraliste. Comme nous l'avons dit précédemment, qu'il s'agisse du privé ou du public, il doit y avoir une volonté des établissements et des obtentions de fonds pour pouvoir participer à ces formations mais aussi et surtout la volonté des IADE d'y accéder lorsque cela est possible.

1.3. L'ambulatoire versus le bloc général

L'hypothèse de départ concernant l'ambulatoire, était : **de par son contexte de rapidité et de non attente de situation de communication altérée évidente, le contexte de chirurgie ambulatoire peut influencer la prise en charge d'une situation de communication altérée.**

Si pour un des IADE, l'ambulatoire peut influencer plutôt positivement sa prise en charge, pour les cinq autres, il apparaît que ce contexte n'influe pas vraiment. Dans les structures où exercent les IADE interrogés, les patients de chirurgie générale et de chirurgie ambulatoire sont tous sur un seul et même programme, hormis dans les centres de chirurgie ambulatoire spécialisés.

Une fois encore l'hypothèse ne peut être affirmée par les résultats obtenus.

Plus qu'une affaire de type de chirurgie, il s'agirait plutôt d'une histoire d'organisation des blocs. D'après les IADE de cette étude, cela pourrait être à l'origine d'une altération de la communication et en plus ne permettrait pas toujours de mettre à bien les stratégies de prise en charge voulues pour résoudre le « problème ».

Les trois hypothèses ne semblent pas pouvoir être affirmées par les entretiens menés. Car de nombreux facteurs entrent en jeu, autres que les choix binaires proposés par ces hypothèses. Elles ont cependant permis de souligner des facteurs de survenue d'altération de la communication ou bien des freins à la mise en place des stratégies de prise en charge de ces situations.

2 Nouveaux éléments et ouverture

A la question de recherche de cette étude, les IADE interrogés ont apportés de multiples stratégies. Elles interviennent dans le contexte de la relation soignant/soigné, qui a lieu dans un laps de temps définit ici comme court. Plusieurs ont cité des techniques de communication, qu'ils ont apprises d'eux-mêmes ou par le biais de formations spécifiques. D'autres utilisent des supports de communication ou n'hésitent pas à faire appel à d'autres professionnels présents au bloc opératoire. Parfois, pour certains IADE, il n'y pas de stratégie à mettre en place, on est face à une impasse, alors on n'utilise pas de technique particulière, si ce n'est médicamenteuse.

Le maître-mot de ces stratégies semble être « **S'ADAPTER** ».



Figure 6 : mots-clefs cités par les IADE à l'évocation des techniques de prise en charge d'une situation de communication altérée

Les stratégies évoquées par les IADE ont mis en lumière de nouveaux concepts dont nous n'avions pas encore parlé dans ce travail.

2.1. La communication interprofessionnelle

Au cours de l'étude, l'analyse des entretiens a révélé que la communication interprofessionnelle est l'un des facteurs de la communication altérée. Pour certains IADE, une communication insuffisante entre pairs peut altérer la communication avec les patients, alors qu'une bonne communication entre les professionnels pourrait être la clef face à une situation de communication altérée. Par conséquent, il est essentiel d'être conscient de l'importance de la communication interprofessionnelle sur le lieu de travail afin de garantir sécurité et confort au patient accueilli au bloc opératoire. En effet, de nombreux professionnels se côtoient chaque jour au bloc opératoire et sont présents, tous à leur échelle, dans la prise en charge du patient.

Nous les avons évoqués plus tôt dans ce travail, depuis quelques années maintenant, les facteurs humains sont mis en lumière dans le domaine de la santé. L'un des champs de recommandations ayant été publié par la SFAR en 2021 est la communication et notamment entre professionnels. Si ces recommandations sont émises dans le contexte des situations critiques, elles soulignent l'importance, en anesthésie et pour les sociétés savantes de cette communication interprofessionnelle. La publication de ces recommandations montre l'importance que les établissements et les professionnels commencent à accorder à ces notions qui ne sont pas forcément enseignées dans les formations initiales. Mais dans un environnement très protocolé comme le bloc opératoire, où de nombreux professionnels travaillent ensemble dans un but commun, la prise en compte des facteurs humains peut améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

2.2. La capacité d'adaptation

S'adapter, c'est le mot que tous les IADE interrogés dans cette étude ont utilisé. En effet, quel que soit le contexte d'altération de la communication rencontré, et les outils qu'ils possèdent, chaque situation, chaque soignant, chaque journée, chaque patient, est différent.

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2015, cité par Paillard, 2021), l'adaptation est :

Une caractéristique de l'intelligence, c'est une aptitude à évoluer à partir d'une situation, qu'elle soit positive ou négative. Cette capacité vise la transformation d'un acte vers un autre, relationnel ou technique et insiste sur les possibilités de réajustements nécessaires pour vivre naturellement de nouvelles situations.

Lazarus a décrit le concept de « la double évaluation » pour décrire les capacités d'adaptation d'un individu. Dans un premier temps, l'individu évalue l'évènement lui-même, avant d'évaluer, dans un second temps, ses capacités d'adaptation face à cet évènement. Dans le travail de Lazarus et Folkman (1984, cités par Bruchon-Schweitzer, 2001) sur le coping, l'homme cherche en permanence des stratégies pour faire face aux situations qu'il rencontre. Le coping est encore une notion différente de l'adaptation, puisqu'elle fait référence aux stratégies mises en place par un individu pour faire face à une situation stressante.

A partir de cela, nous pourrions presque parler de stratégies d'adaptation plus que des stratégies de prise charge dans ce travail.

Pour les IADE, il est primordial de garder cette capacité d'adaptation en tête, car malgré l'expérience, le vécu, ou leur capacité relationnelle, il faut s'adapter à chaque situation, qu'ils n'auront peut-être jamais rencontrée auparavant.

2.3. Les contraintes ressenties

Pour les IADE interrogés, les contraintes – qu'ils perçoivent comme telles - sont à la fois un facteur de la communication altérée, mais aussi une limite aux outils qu'ils pourraient mettre en place face à ce genre de situation. Elles apparaissent en plusieurs catégories dans les réponses obtenues lors des entretiens :

- Contraintes organisationnelles : le temps de l'accueil est morcelé, comme a pu le dire l'un des IADE interrogés. Parfois, l'organisation du programme du bloc, fait que chacun des professionnels va venir voir le patient, à des moments différents, pouvant générer un stress, une anxiété pour le patient par le fait de répéter les questions nécessaires à la check-list. D'autres IADE évoquent le fait que les entretiens d'accueil aient lieu en SSPI, rendant l'environnement parfois peu « accueillant ».
- Contraintes psychologiques : l'un des IADE interrogés a parlé de l'importance de se ressourcer à côté du travail. Si l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle est essentiel d'après lui, cela souligne aussi l'importance de la qualité de vie au travail. A la fois pour être disponible pour les patients, pour éviter d'être à l'origine d'une communication altérée, et si elle a lieu, de pouvoir y faire face. Le 29 avril 2023, le SNIA a annoncé le lancement d'un questionnaire sur la qualité de vie au travail, qui prend tout son sens, à la fois pour prendre soin de soi mais aussi des patients. Le questionnaire n'est pas encore accessible, mais l'enquête voudrait faire suite à celle lancée en 2011, c'est-à-dire il y a plus de dix ans. Il va sans dire que les conditions de travail ont changé depuis, peut-être encore plus depuis la pandémie de Covid 19.

- Contraintes financières : l'accès aux formations est parfois difficile dans certains établissements, et les formations diplômantes ont un certain coût. Cela peut être un frein pour les IADE qui décident de se financer eux-mêmes, mais aussi pour les établissements qui doivent parfois choisir entre plusieurs propositions de formations pour leurs équipes en fonction d'un budget donné.

2.4. Synthèse des nouveaux éléments

Sous ces éléments apportés par les IADE apparaissent des axes d'améliorations qui pourraient être proposés au sein des blocs opératoires. Les IADE soulignent des stratégies très importantes, inhérentes, je le crois, à la pratique de notre profession. Mais ces stratégies semblent être freinées par de trop nombreuses contraintes. En tant que future professionnelle, il me semble important d'être au fait que ces stratégies existent, sont accessibles, si l'on s'en donne les moyens et si l'établissement dans lequel on exerce sait trouver l'équilibre entre qualité des soins et les très prégnants impératifs économiques. Cependant, il ne faut pas tout attendre des établissements de santé. La qualité des soins prodigués par les professionnels doit également venir d'un désir profond, qui n'est autre que le reflet de leur rôle propre.

2.5. Ouverture

La qualité des soins et de la relation de soins semblent être un droit pour les patients et un devoir pour les établissements de santé. Qu'en est-il au bloc opératoire ? La prise en charge dès l'accueil du patient ne doit-elle pas être repensée, notamment à l'aire du tout numérique ? En effet, depuis quelques années maintenant, les patients ont accès à des classements des hôpitaux et cliniques, fondés sur les certifications conduites par l'HAS, tous les quatre ans. Ces certifications répondent notamment à des critères concernant le patient lui-même et ses besoins. De plus, de nombreux usagers font également part de leur avis concernant leur prise en charge sur Google ou sur les réseaux sociaux. La qualité de la prise en charge globale importe tout autant pour les patients que la prise en charge de leur pathologie en elle-même. Si bien sûr, les professionnels ne travaillent pas dans le but d'obtenir de « bon avis sur Internet », il en va de la réputation de leur établissement.

Dans les critères de certification de l'HAS en 2023, le patient est d'ailleurs *invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction* (critère n° 1.1-17). De nombreux établissements proposent ce genre de questionnaire de satisfaction aux patients. Si les réponses sont étudiées dans une démarche de qualité pour l'établissement, y'a-t-il un retour au niveau des professionnels qui ont été présents lors de la prise en charge des patients ? Dans son établissement, l'I6 n'a jamais eu de retour quant aux questionnaires de satisfaction des patients.

Il serait intéressant de discuter de ces retours patients avec les professionnels en première ligne lors de l'accueil de ces patients. Si bien sûr ces questionnaires sont anonymes et qu'il est difficile de faire du cas par cas avec de telles enquêtes de satisfaction, un retour global sur ce que ressent la majorité des patients pourrait être intéressant pour les professionnels et notamment les IADE dans l'amélioration de leur pratique. En effet, la mise en place des questionnaires de satisfactions devrait être suivie de retours auprès des professionnels, qu'ils soient positifs ou négatifs. Il est important de connaître les axes d'amélioration souhaités si l'on veut évoluer.

Dans un futur proche, en tant que future IADE, j'aimerais beaucoup pouvoir demander l'accès à ces retours de satisfaction des patients, ou à minima aux chiffres qui en ressortent. Il pourrait être très intéressant également, autour de ces données, de créer des groupes de travail, pour les personnels de santé intéressés (du bloc et des services de chirurgie), dans un but d'amélioration des pratiques. De ces discussions entre pairs, pourraient ressortir des idées pour faire évoluer l'accueil au bloc opératoire avec peut-être parfois plus de lien entre le bloc opératoire et les services, quand la situation le nécessite. Peut-être que des besoins seraient exprimés, au même titre que dans cette étude. L'idée serait finalement d'extrapoler cette enquête à un plus grand nombre de professionnels, et pas seulement les IADE, pour faire du bloc opératoire concerné un lieu sécurisé, rassurant, personnalisé où l'équilibre entre relationnel et technicité serait atteint.

3 Critique de l'étude

Dans son travail sur la méthodologie qualitative, Denise Jodelet (2003) cite Carla Willig (2001), professeure en psychologie à l'Université de Londres : « On a pu dire que la démarche qualitative, par l'inconnu et l'imprévisible que comporte toute ouverture à une réalité différente de celle du monde du chercheur, par les découvertes qu'elle autorise, s'apparente à une aventure ».

Effectivement, si les entretiens semi-directifs apportent de nombreux éléments à notre recherche, les réponses peuvent être parfois imprévisibles. La qualité d'intervieweur est alors mise à rude épreuve, puisque l'idée est d'avoir la capacité de rebondir, de relancer l'entretien au bon moment. Au fur et à mesure des entretiens, il devient plus facile d'être à l'aise, et le discours devient plus fluide. Mais parfois, c'est en retranscrivant l'entretien qu'on se dit que l'on a oublié certains éléments de relance. Il aurait été judicieux de prévoir quelques questions de relance pour garantir le bon déroulé des entretiens et anticiper certaines réponses.

Il est possible également que la taille de l'échantillon ait été un peu faible. En effet, notamment à cause du temps imparti, je ne pense pas être arrivée jusqu'au principe de « saturation des données » (Pelaccia & Paillé, 2010). Agrandir l'échantillon de personnes interrogées aurait peut-être été utile pour obtenir de nouvelles données. Si l'idée du principe de saturation entend qu'on ne peut pas déterminer la taille de l'échantillon de départ, nous l'avons pourtant fait avec le comité de recherche, notamment devant le temps alloué à ce travail.

Ensuite, la sélection de la population en fonction du nombre d'années d'expérience a été réalisée de façon trop hâtive. Les deux novices ne le sont pas au regard des définitions données auparavant. Ils sont plutôt considérés comme débutants voir compétents, si l'on considère leurs deux ans de formation en alternance comme du temps d'expérience. Il aurait fallu réaliser une sélection de personne avec un nombre d'années d'exercice, à la fois IDE et IADE plus précis.

Abordons également la notion de l'ambulatoire. Si ce type de séjour en établissement de santé tend à se développer de plus en plus en France, il apparaît que ce contexte n'est pas vraiment ressorti dans les entretiens. Recentrer la question de recherche dans ce domaine ne semble pas avoir été concluant. En effet, les IADE ont parlé de l'accueil au bloc opératoire en général (même si nous avons, dans quelques questions abordé l'ambulatoire). Voilà pourquoi, malgré la question de recherche incluant le contexte de l'ambulatoire, ce dernier n'apparaît pas dans le titre, ni dans la discussion de ce travail.

Enfin, il convient de souligner la richesse des réponses données par les IADE qui ont ouvert de multiples possibilités d'ouvertures à cette enquête. Il serait intéressant d'aller plus loin en questionnant les IADE sur leur rôle propre, le rôle de l'universitarisation dans le changement ou non de leurs représentations professionnelles et dans leurs pratiques.

CONCLUSION

Dans ce travail de recherche, les IADE se sont tous montrés enthousiastes face à ce thème, et force est de constater qu'ils ont beaucoup de choses à dire. L'objectif de cette étude était de découvrir les stratégies de prise en charge (ou d'adaptation !) que les IADE pouvaient mettre en place lorsqu'ils étaient face à une altération de la communication, attendue ou non.

Leurs réponses, très riches, ont apporté de nombreuses stratégies face à la communication altérée. Elles m'ont confortée dans cette idée qu'au-delà d'un technicien, l'IADE est un soignant avant tout, attaché au bien-être, au confort et à la prise en charge de qualité des patients.

Les IADE ont également mis en lumière des freins à la mise en place de ces stratégies, mais sans jamais mettre en porte-à-faux une seule personne. Dans leur réponse, nous voyons bien le concours de plusieurs facteurs qui se rencontrent et amènent ce genre de situations.

Si ce thème de la communication altérée semblait de prime abord enfoncer beaucoup de portes ouvertes, il a été révélateur d'une hétérogénéité des pratiques et pourtant une homogénéité des besoins des IADE. En effet, l'altération de la communication ne doit pas être vue comme une simple fatalité, mais plutôt comme un élément pouvant être géré par les IADE grâce à de multiples stratégies. La communication, reste, plus que jamais, au cœur de notre profession, quoiqu'on en dise, et il nous incombe d'acquérir les compétences nécessaires à la relation de soins.

Aujourd'hui, les compétences non techniques sont reconnues dans le domaine de la santé et ne demandent plus qu'à être conscientisées par les professionnels. Grâce à la littérature mais également grâce aux établissements de santé qui commencent tout doucement à intégrer cette notion dans leur gestion des risques notamment.

« Tout parle dans l'univers –

Il n'est rien qui n'ait son langage. »

Jean de la Fontaine

REFERENCES

Articles de loi

- Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, 2017-316 (2017).
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002).
- Article R4311-5 - Code de la santé publique (2021) Consulté 2 mai 2023, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893
- Article L6111-1 - Code de la santé publique (2009) https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020886454/2010-02-26
- Articles L710-1 à L716-9 - Titre 1 : Etablissements de santé, (1991). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006140755/#LEGISCTA000006140755

Articles scientifiques

- Alter, C. (2022, septembre 20). Facteurs humains en situations critiques—La SFAR. *Société Française d'Anesthésie et de Réanimation*. <https://sfar.org/facteurs-humains-en-situations-critiques/>
- Bocquého, A., & Chauvin, F. (2010). Formation continue des professionnels de santé dans les cliniques privées : Entre impératifs économiques et enjeux de qualité. *Santé Publique*, 22(1).
- Boquelet, R., & Leclerc, C. (2018). Optimiser la prise en charge du patient handicapé mental avant l'anesthésie. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 22(3), 168-171. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2018.04.002>

- Chabay, Chinouilh, M., & Pignoux. (2009). *Prise en charge de l'anxiété—Accueil au bloc opératoire*. 7.
- Chapalain Elisabeth, E. (2008). *La représentation sociale du rôle de l'infirmier anesthésiste, une entrave à la communication ?* EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/183610/article/la-representation-sociale-du-role-de-linfirmier-an>
- Cuvillon, Marcou, Bernard, & Suarez. (2019). *Hypnose et Anesthésie en 2019 : État de l'art*. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. <https://sfar.org/download/hypnose-et-anesthesie-en-2019-etat-de-lart/>
- Flin, R., Patey, R., Glavin, R., & Maran, N. (2010). Anaesthetists' non-technical skills. *British Journal of Anaesthesia*, 105(1), 38-44. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq134>
- Formarier, M. (2003). Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité: *Recherche en soins infirmiers*, N° 75(4), 15-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.075.0015>
- Grasser, B., & Rose, J. (2000). L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation. *Formation Emploi*, 71(1), 5-19. <https://doi.org/10.3406/forem.2000.2372>
- Lay, E. (2018). *Face à l'agressivité des patients, une communication à soigner*. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/306492/face-a-lagressivite-des-patients-une-communication-a-soigner.html>
- Lemoine, E., Lange, L., Chapuis, F., & Vassal, P. (2014). Relation soigné soignant : Réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. *Éthique & Santé*, 11(2), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2014.03.002>
- Picard, D. (1992). De la communication à l'interaction: L'évolution des modèles. *Communication & Langages*, 93(1), 69-83. <https://doi.org/10.3406/colan.1992.2380>
- Vignerat, B. (2014). *Puissance et faiblesse des soignants : Mythe ou réalité ?* 3.

Documents en ligne

- Benner, P. (1995). From Novice to Expert—Nursing Theory. *Nursing Theory*. Consulté 7 février 2023, à l'adresse <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Patricia-Benner.php>
- *Césarienne : Ce que toute femme enceinte devrait savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes*. (2013). Haute Autorité de Santé. Consulté 4 mars 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603546/fr/cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
- *Communication non-verbale patient/soignant (MediPicto)*. (2021). <https://www.aphp.fr/medipicto>
- Delmas, V. (2020). *Les soft skills : Partie émergée de l'iceberg des facteurs humains ?* <https://fr.linkedin.com/pulse/les-soft-skills-partie-%C3%A9merg%C3%A9e-de-liceberg-des-facteurs-delmas>
- DGOS. (2023, janvier 26). *La chirurgie ambulatoire*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2010). *L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle*. Consulté 7 janvier 2023, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/lactivite-des-etablissements-de-sante-en-2008-en-hospitalisation-0>
- Garden-Brèche, F. (2014). *L'hypnose en situation d'urgence*. Institut Français d'Hypnose. Consulté 6 mars 2023, à l'adresse <https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/portraits-hypnopraticiens-hypnotherapeutes/hypnose-en-situation-d-urgence/>
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

- Haute Autorité de Santé (2019). *Simulation en santé*. Consulté 3 janvier 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante
- Haute Autorité de Santé. *La certification des établissements de santé pour la qualité des soins*. (2020). Consulté 3 avril 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219705/fr/la-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2021). *Virage ambulatoire : Pour un développement sécurisé*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>
- Institut Emergences. (s. d.). *C'est quoi la communication thérapeutique ?* Consulté 4 novembre 2022, à l'adresse <https://www.hypnoses.com/toute-notre-actualite/c-est-quoi-la-communication-therapeutique>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Communication - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 2 janvier 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
- Mantz, J.-M., & Wattel, F. (2006). Importance de la communication dans la relation soignant-soigné – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. *Académie Nationale de Médecine*. <https://www.academie-medecine.fr/06-18-importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>
- Normier-Calhoun, V. (2021, décembre 7). *Le développement des « compétences non techniques »*. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/356188/le-developpement-des-competences-non-techniques.html>
- Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. (2010). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29(1), 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2009.12.008>

- The Joint Commission. (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care—A Roadmap for Hospitals*. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B>

Ouvrages

- Bernard, F., & Musellec, H. (2013). *La communication dans le soin : Hypnose médicale et techniques relationnelles*. Arnette.
- Bioy, A., & Servillat, T. (2017). *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (Dunod).
- Brunel, E., Michel, F., Plantet, F. (2022). *Communiquer en anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire – Aspects pratiques, éthiques et juridiques*. (Arnette)
- Delhomme, P., & Meyer, T. (2002). *La recherche en psychologie sociale—Projets, méthodes et techniques* (Colin).
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience* (Editions du Seuil).
- Feyereisen, P., & Hupet, M. (2015). *Parler et communiquer chez la personne âgée : Psychologie du vieillissement cognitif* (Presses Universitaires de France, Éd.; 1re éd). Presses universitaires de France.
- Fuchs, P. (2006). *Le traité de la réalité virtuelle. Vol. 4. Les applications de la réalité virtuelle* (Presse des Mines).
- Gélinas Proulx, A., & Dionne, É. (2010). Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), 127.

- Jodelet, D. (2003a). *Aperçus sur les méthodologies qualitatives*. In Moscovici, S. et Buschini, F. (Eds). *Les Méthodes des Sciences Humaines*. (Presses Universitaires de France).
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales* (7. éd). Presses Universitaires de France.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (Lamarre. 3è éd.).
- Nicolet, M. (2002). *L'infirmier Anesthésiste* (Lavoisier msp).
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné* (SETES).
- Pelaccia, T., Demeester, A., Maisonneuve, H., & Poteaux, N. (2018). Comment réussir son mémoire ? Du choix du sujet à la soutenance 50 questions réponses. In *Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* (p. 287-328). De Boeck Supérieur.
- Picard, D., & Marc, E. (2013). *La communication au cœur du système* (p. 58-76). Presses Universitaires de France.
- Sifer-Rivière, L. (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : Se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 86-101). Armand Colin.
- Williams, M. B., & Krezman, C. J. (2000). *Beneath the Surface : Creative Expressions of Augmented Communicators* (International Society for Augmentative and Alternative Communication).

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Effets du paralangage sur la communication d'après Mehrabian.....	3
Figure 2 : Activité 4 du référentiel d'activités IADE.....	11
Figure 3 : Compétence 5 du référentiel de compétences IADE.....	11
Figure 4 : Pages d'accueil de l'application MediPicto.....	20
Figure 5 - Variables et caractéristiques de l'échantillon.....	26
Figure 6 : Mots-clefs cités par les IADE à l'évocation des techniques de prise en charge d'une situation de communication altérée.....	44

ANNEXES

Annexe I : Le guide d'entretien

« Bonjour et merci de participer à cet entretien. Je suis Servane ROGER, étudiante IADE à l'IFPS de Brest.

Cet entretien s'inscrit dans le cadre de mon mémoire dont le thème aborde l'altération de la communication à l'accueil du patient au bloc opératoire en ambulatoire

L'entretien devrait durer 20-30 minutes. Nous allons parler de la communication et de l'altération de la communication entre les IADE et les patients. Nous aborderons les compétences relationnelles des IADES et la place de l'expérience. Nous resterons dans le contexte du bloc opératoire au moment de l'accueil du patient avant une intervention.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, soyez spontanés.

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien ? L'anonymat sera respecté.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Pouvons-nous commencer par une brève description de votre parcours professionnel ? »

THEMES	QUESTIONS
<p>Communication / Altération de la communication.</p> <p><i>Obj : Interroger le vécu des IADE face à la survenue d'une situation d'altération de la communication et ce que cela signifie pour eux</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Que signifie pour vous une communication altérée entre un IADE et un patient ?- Avez-vous déjà vécu cela lors de l'accueil d'un patient ?- Comment avez-vous vécu cela ? En quoi cela vous a-t'il posé problème ?

<p>Compétences relationnelles de l'IADE</p> <p><i>Obj : Identifier la conscientisation ou non des compétences relationnelles chez les IADE et ce qui peut les influencer.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- En quoi les compétences relationnelles de l'IADE jouent sur la prise en charge des patients ?- Au fil des années, avez-vous développé vos compétences relationnelles ? Quel est l'effet de sur la prise en charge ?
<p>L'ambulatoire</p> <p><i>Obj : Identifier les stratégies de prise en charge propre à l'ambulatoire et si elles diffèrent du bloc général.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Le facteur « ambulatoire » modifie-t'il votre accueil du patient ? (ou quel est l'impact de l'ambulatoire sur l'accueil du patient ?)- Quels éléments précis impactent la pec à l'accueil en ambulatoire ? (Selon la réponse, préciser si les éléments sont négatifs ou pas)

<p style="text-align: center;">Outils utilisés</p> <p><i>Obj. : identifier les outils utilisés par les IADE pour faire face à ces situations ou les outils qu'ils aimeraient connaître.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Dans les situations d'altération de la communication vécues, avez-vous mis en place des choses en particulier ? (Quelles sont vos ressources, comment les mobilisez-vous ?)- Si oui lesquelles ?- Quelles sont les formations que vous avez eu qui pourrait optimiser la communication ?- Existe-t-il des outils que vous aimeriez utiliser mais vous ne savez pas comment ?
--	---

« Avez-vous des remarques après cet entretien ? Pensez-vous qu'il puisse y avoir des éléments supplémentaires que vous pourriez apporter à cette réflexion ?

Je vous remercie. »

Annexe II : Entretien IADE n°1

25 janvier 2023 : 14h48

- **Bon je ne me représente pas !**
- Nan nan, c'est bon.
- **Du coup c'est un entretien pour mon mémoire, c'est sur la communication, l'accueil du patient au bloc opératoire en ambulatoire, le patient adulte**
- D'accord, très bien
- **Ca va durer à peu près 20 à 30 minutes je pense, on va parler de la communication, des compétences relationnelles de l'IADE, et de la place de l'expérience. Donc on enregistre l'entretien, ça sera anonyme. Est-ce que tu as des questions avant de commencer ?**
- Non, du tout.
- **Est-ce que tu peux me donner une brève description de ton parcours professionnel ?**
- Bien sûr, au début... En tant qu'infirmier déjà pour commencer ?
- **Oui, ton âge, ton année de DE, IADE et infirmier**
- Très bien, alors moi je suis diplômé depuis 2013 en tant qu'infirmier. J'ai un parcours un peu atypique. J'ai commencé par deux ans en prison, en centre de détention. Ensuite, deux années en réa CTCV, donc chir thoracique chir vasculaire au CHU de [XXX], puis concours IADE, diplômé depuis 2019 et j'ai commencé à travailler au centre hospitalier de [XXX], puis à la clinique [XXX] en CDD et euh ... Ensuite, ici à [XXX], aussi en contrat à durée déterminée. Donc voilà
- **Très bien. Je vais commencer avec mes questions. La première, c'est euh .. C'est quoi pour toi une communication altérée, entre un IADE et un patient, qu'est-ce que ça signifie pour toi ?**
- La communication altérée pour moi ça signifie déjà un ... un défaut dans la prise en charge du patient, parce que c'est très important de tisser un lien relativement fort que ce soit avant induction, après induction. Donc pour moi la communication altérée, il y a pleins de facteurs qui peuvent l'altérer, mais euh... c'est un défaut de prise en charge pour moi
- **OK. Si tu dis que c'est un défaut de prise en charge, c'est que ça viendrait de nous finalement ?**

- Pas forcément, ça peut venir aussi de personnes extérieures, ça peut venir de ... des bruits dans la salle, ça peut venir d'un personnel qui rentre dans une salle et qui pose une question à voix haute alors qu'on est dans un cercle de confiance avec le patient. Ça peut être plein de choses, plein d'éléments annexes. Ça peut être aussi de notre part évidemment. Mais euh... la communication altérée pour moi c'est ça.
- **Ok, très bien. Est-ce que toi tu l'as déjà vécu avec un patient ?**
- Ouais je l'ai déjà vécu, bien sûr. Personne ne peut être opérationnel à 100% à son maximum évidemment, donc euh... y'a des fois malheureusement, des bruits dans la salle comme je disais, une question d'un professionnel extérieur et nous on se doit d'y répondre, donc ça, ça nuit à la communication. Y'a aussi la situation d'urgence qui peut nuire à la communication. Après on parle de l'ambulatoire donc théoriquement, on a le temps d'instaurer un climat de confiance. Mais c'est vrai qu'il y a beaucoup d'éléments qui peuvent altérer cette communication et c'est important justement de se recentrer sur cet élément qui est la communication, parce que c'est, euh, une part intégrante de la prise en charge, ça faut pas l'oublier.
- **Je me permets de noter quelques petites réponses pour rebondir**
- Bien sûr
- **Toi comment tu vis ça, si tu vois que tu as une altération de la communication, avec ton patient ? Est-ce que ça te pose problème ou alors ...**
- Ça me pose vraiment problème moi... Alors souvent je ne me mets jamais les professionnels en défaut devant un patient
- **OK, je vois ce que tu veux dire**
- J'aime pas, je trouve qu'il y a une perte de crédibilité. Faut pas oublier que ça a un ... souvent la communication a lieu en pré-anesthésie, au moment où on va l'endormir, donc le patient va retenir ce qui se passe à ce moment T. Et c'est important je trouve, d'être dans une dynamique positive et de ne pas perdre cette confiance. Parce qu'il faut savoir qu'après il s'endort, le patient ne parle pas beaucoup, mais il écoute tout ce qu'on dit. Et tout ce qu'on dit peut être analysé. Bien comme pas bien. Donc c'est très important de penser à ça. Après, si c'est un élément extérieur, on peut recadrer les gens. Mais sans les mettre ...
- **En défaut comme tu as dit**
- En défaut, c'est très important ça je pense. Le recadrage des gens ça passe très bien. Se recadrer soi-même aussi parce qu'on peut être distrait, par des éléments extérieurs, donc il faut savoir aussi se recadrer. Se dire bah là j'ai franchi la limite, j'altère la

communication que j'ai avec mon patient, donc on se recentre. C'est très important de faire ce feed-back entre guillemet.

- **Donc quand tu dis que le patient écoute, finalement, est-ce que ça signifie pour toi que ça a vraiment un enjeu sur l'anesthésie en elle-même ?**

- Ah mais... Ça c'est ... Evidement ! Ça c'est sûr et certain ! Et d'ailleurs les gens ils le disent très bien au réveil. Moi j'suis un IADE, j'aime bien aller voir les gens après en salle de réveil, que ce soit en ambulatoire ou pour des chirurgies plus conséquentes. J'vais els voir, et souvent les gens « merci pour votre gentillesse, merci pour votre communication, merci pour votre bienveillance etc... » Donc les gens, en fait, ce qu'ils retiennent, ils sont réveillés, ils retiennent qu'ils ont pas mal, mais ils retiennent aussi la façon dont on les a pris en charge. Et ca c'est hyper important parce que faut pas oublier que ce sont des gens qui sont parfois amenés à revenir se faire opérer. Donc ils garderont toujours ça en tête. Ils vont en parler avec leur famille, leurs proches, ils vont partager leur expérience avec les gens qui vont se faire opérer parfois de la même chirurgie. Et tout ça, reste. Encre. C'est très important.

- **OK. Est-ce pour toi, les compétences relationnelles de l'IADE à proprement parlé, jouent sur la prise en charge des patients ?**

- Ah oui ! oui oui oui...ça c'est... c'est certain. On voit toujours des IADE, on voit des IADE, qu'on se le dise, qui ne sont pas bons en communication. L'anesthésie ce n'est pas que de la technique

- **Ouais**

- C'est une prise en charge complète d'un patient. Euh... c'est très important de se former à la communication. Parce que la communication c'est pas inné hein. Il y a des choses qui se disent, des choses qui ne se disent pas. C'est important de le savoir. Et euh... alors il y en a qui ont plus ou moins de facilités, c'est vrai. Mais faut réussir à faire cet effort de tendre vers le mieux et ça c'est très important. D'ailleurs il y a des IADE qui le disent clairement « Moi j'ai fait anesthésie pour ne pas parler avec le patient. »

- *Rires*

- Ça se dit encore aujourd'hui malheureusement, ça se dit encore. Pour moi c'est des gens qui passent à côté d'une part énorme du métier.

- **Ok ! Et est-ce que toi, tu penses qu'au fil des années, tu penses avoir développé des capacités relationnelles ou des compétences relationnelles ?**

- Ah oui c'est certain, c'est sûr. Parce que faut pas oublier, quand on arrive, on est jeune DE, on se focalise sur la technique.

- **Ouais**

- On se focalise sur une prise en charge, une intubation, la préparation du matériel, la prise en charge d'une voie centrale, d'une artère, etc... On va se focaliser là-dessus, et on peut mettre de côté cette part relationnelle. Et au fur et à mesure, plus on prend de l'expérience, plus on devient à l'aise pour devenir aussi sûr de soi. Et plus on devient sûr de soi, plus on a la capacité de conjuguer les deux. Alors évidemment là, dans des situations d'urgence, on priorise l'urgence vitale, s'il y en a une.

- **Oui !**

- Mais là on est dans le contexte de l'ambulatoire. Donc dans le contexte de l'ambulatoire, on a le temps de faire les choses, on a le temps d'instaurer cette relation. Donc évidemment oui l'expérience fait qu'on se doit de s'améliorer.

- **Ok. Pour toi c'est une obligation ?**

- C'est certain, c'est une obligation.

- **Et est-ce que toi, quand tu as quelqu'un qui vient de l'ambulatoire, ça change ta prise en charge ? Est-ce que pour toi il y a une différence, ou pas.**

- Oui, pour moi il y a une différence. Parce que si la situation du patient est stable, euh, en per-opératoire, j'ai aucun mal à sortir de salle, aller me présenter au patient suivant, qui souvent attend, instaurer un climat de confiance, discuter, évidemment, regarder le dossier ensemble. Mais c'est pas que regarder le dossier. C'est aussi évoquer ce qu'il a eu, comment ça s'est passé, éventuellement ce qu'il fait dans la vie. Parce qu'il faut pas oublier aussi que les gens, ils viennent pour se faire opérer, ils viennent pas pour se faire endormir à la base. Donc ça, faut aussi ... Une grande majorité des gens n'ont pas peur de la chirurgie mais ont peur de l'anesthésie.

- **Oui c'est vrai**

- Et ça c'est très important. Justement les rassurer leur expliquer que c'est une discipline qui est sûre, évidemment le risque zéro n'existe pas, mais faut leur expliquer qu'on est vraiment dans une dynamique de sécurité. Et tout ça en fait, fait qu'en général les patients et bien ils se sentent en confiance. Donc oui l'ambulatoire est différent.

- **Ok ! Oui en fait ma question c'était vraiment c'était quoi les éléments précis qui impactent ta prise en charge à l'ambulatoire. En fait, ce que je mettais un peu derrière, c'est est-ce que toi tu as l'impression que quand les patients viennent d'ambulatoire faut aller un petit peu plus vite ou autre, ou peut être que ça se ressent pas ici à [XXX] ?**

- Vitesse ne veut pas dire précipitation, c'est important ça. C'est pas parce que nous en tant que professionnels de l'anesthésie, qu'on soit IADE, qu'on soit médecin ou autre, on a le droit de dire ... STOP. On a trois quatre minutes devant nous, pour prendre le temps. Et on a le droit de dire, on a le droit de dire même aux IBODE, aux panseurs, aux chirurgiens, euh ..qu'on discute et que c'est un moment clé dans la prise en charge.
- **Ok**
- Ça on peut le dire en off, après. C'est important aussi de faire comprendre aux gens que ben cette période-là... l'anesthésie c'est pas que pousser trois seringues ! C'est une période clé, donc il faut savoir mettre les choses en place. Et qu'on soit dans un contexte de rapidité ou non. Ça c'est super important. C'est que, qu'on soit... là on est en centre hospitalier, qu'on soit ici, qu'on soit en clinique, qu'on soit n'importe où, les choses restent les mêmes. C'est une période à ne pas rater.
- **OK, super intéressant ta réponse**
- Ah, merci
- **Il me reste juste quelques petites questions, c'est euh... Alors toi dans les situations d'altération de la communication que t'as pu vivre, est-ce que tu as mis en place des choses en particulier ? Ou t'as juste laissé faire t'as spontanément, et c'est revenu comme ça, ou est-ce que t'as vraiment des outils que tu connais, que tu as appris. Est-ce que tu as mis en place des choses ?**
- Bah moi après c'est vrai que je suis quelqu'un qui a la communication facile
- **Oui**
- Déjà donc ça, faut le dire, ça favorise les échanges. J'arrive assez bien à rentrer en communication avec le patient, même un patient qui peut être un peu renfermé sur lui - même, parfois j'arrive à discuter. Après faut pas oublier aussi que le patient, s'il ne veut pas parler, il ne parle pas. Et faut pas se forcer à communiquer avec quelqu'un. Ça c'est très important à comprendre. Parce que communication ça veut pas dire forcément parler parler parler. Ça peut passer par des mots clés, ça peut passer par une main sur l'épaule, un petit geste, ou une attention particulière
- **Oui**
- Amener euh... le patient a envie d'uriner, on a le temps, on va chercher un pistolet. C'est pas de la communication, mais ça veut dire qu'on prend soin de lui. Et au final prendre soin de lui c'est une part de communication pour moi.
- **Oui !**

- Donc après évidemment, moi je me suis formé en communication thérapeutique, ça veut dire communication positive etc.... euh... je me suis formé de ma propre, de mes propres fonds parce que j'avais pas réussi à avoir de financement. Donc Je me suis financé cette formation.
- **Ok !**
- Et qui change énormément les choses. Il y a des choses que je ne dis plus et que je ne dirai plus jamais.
- **Il y a des mots que tu n'utilises pas du tout**
- Il y a des mots que je ne dirai plus et euh ... et c'est très important. Et je me suis rendu compte aussi d'une expérience personnelle, et là je parle de moi, c'est que quand on est confronté, quand on passe de l'autre côté de la barrière entre guillemet, et ben on observe tout.
- **Ouais !**
- On observe tout, et n'importe quel mot, est examiné. Et interprété. N'importe quel mot, un haussement de sourcil, un « pfff », c'est interprété. Donc au final, tous ces propos-là, nuisent à la prise en charge du patient. Donc moi je tends, je fais de mon mieux, parfois y'a des ratés, mais je fais de mon mieux.
- **Ok très bien. Et est-ce que tu connais d'autres formations qui sont proposées, que t'as pas pu faire ou que tu aimerais bien voir ?**
- Ben il y a la formation d'hypnose qui entre en place, mais déjà là on parle pas vraiment d'hypnose on parle de la communication. Mais l'hypnose est une forme de communication
- **Oui**
- Donc ça, ça rentre en place évidemment. Après il y a tout ce qui est la formation communication thérapeutique, qui peut être aussi communication bienveillante, communication positive etc. qui est en place. Après faut pas non plus oublier qu'il y a des gens qui sont formés à l'hypnose qui peuvent aussi partager leurs connaissances. Il n'y a pas que les formations, il y a aussi le partage interprofessionnel qui entre en place. Et il y a évidemment ne pas hésiter à se reprendre d'un professionnel à l'autre, en disant « tu vois là, euh, moi ce que j'ai remarqué, c'est ça, je l'aurai pas amené comme ça »
- **Ouais**
- C'est aussi des discussions entre professionnels, pour tendre vers le meilleur. Après, moi c'est les deux formes de formations que je connais.
- **Ok**

- Communication thérapeutique et hypnose. Franchement je connais pas beaucoup plus que ça.
- **D'accord. Ça faisait pas vraiment partie de mes questions mais est-ce que t'as l'impression que, tu disais qu'il y a encore des gens qui s'en fichent un petit peu de la communication tout ça, mais est-ce que t'as l'impression quand même qu'on tend vers un peu du mieux, par rapport à quand tu as commencé tes études d'IADE par exemple ?**
- Bien sûr. Je pense vraiment qu'on tend vers le mieux. Après euh... Maintenant on voit que la communication fait partie intégrante du module de formation.
- **Oui il y a ça aussi.**
- Je pense pas que trente ans en arrière, j'pense pas que c'était mis au centre du soin.
- **Non**
- Je pense pas, très franchement. On voit qu'il y a des progrès. On voit que les gens veulent s'améliorer, on voit qu'i y a de formations qui existent donc ça veut dire qu'il y a des personnes expertes dans ce domaine. Il y a 30 ans, je pense pas.
- **Oui**
- Je pense pas qu'il y avait ce genre de formation, les gens ils se formaient aux gestes techniques, à des formations vraiment bien spécifiques, comme les accès vasculaires, etc etc. Mais la communication, je pense pas que c'était au centre de la prise en charge. Et maintenant, on voit vraiment que ça fait partie euh... c'est presque obligatoire. C'est obligatoire d'ailleurs !
- **Au même titre que n'importe quelle U.E**
- N'importe quelle UE, c'est une UE qui est très importante.
- **OK. Et bien merci ! est-ce que, je sais pas, tu veux rajouter des choses ?**
- Non ben si j'ai des choses à rajouter c'est que, c'est qu'il faut pas oublier que, faut pas se mettre à la place du patient, ça c'est important, mais faut aussi essayer d'imaginer ce qu'il peut ressentir à certains moments, et euh... que cette communication ça peut être la clé de beaucoup de choses. Parfois il y a des gens qui sont dans le déni, dans le refus, de soins etc. et ben parfois, ça m'est déjà arriver de communiquer avec des gens parfois pendant des minutes, plusieurs dizaines de minutes et au final les gens, on se rend compte qu'ils ont juste une chose, c'est qu'ils ont peur et ils savent pas pourquoi ils sont là. L'explication, la communication thérapeutique, solliciter les bons professionnels, parfois demander, appeler le chirurgien pour lui dire « excuse moi, tu veux pas revenir expliquer parce que la dame a pas très bien compris. » Parce que faut pas oublier que

quand on annonce quelque chose aux gens ben, les gens ils prennent ça sur la tête, donc ils ont pas le temps d'assimiler tout ça. Donc reprendre à distance c'est toujours bon. Il y a plein de modules sur lesquels travailler et euh cette communication c'est vraiment la base de notre métier. Nous, on travaille sur un laps de temps qui est extrêmement court. On n'a pas la chance d'être dans des services où on peut nouer des liens forts, qui sont bon ou pas bons d'ailleurs. Mais nous, notre laps de temps est tellement court qu'on peut pas le rater. C'est vrai !

- **C'est vrai. Il faut que ça soit efficient**
- Efficace. Donc on peut pas le rater. Efficace, mais faut pas non plus que ça soit un bouquin. Faut que ça soit efficace, et adapté à chaque situation en fonction de qui on a en face de nous. Et ça, c'est ça qui est dur, en fait. C'est ça qui est important, où les premières minutes de discussion font que la discussion va basculer d'un côté ou de l'autre.
- **En fait c'est jamais la même chose.**
- C'est jamais la même chose. Mais heureusement d'ailleurs. C'est ça qui fait que notre métier est passionnant.
- **Carrément. Et ben top ! Merci beaucoup !**

Annexe III : La grille d'analyse des entretiens construite autour de l'entretien n°1

CATEGORIES	THEMES	SOUS-THEMES	REPOSE IADE 1	
LA COMMUNICATION ALTEREE	DEFINITION		"un défaut dans la prise en charge du patient" "perte de crédibilité"	
	FACTEURS		"impossibilité d'être opérationnel à 100 % tous les jours" "ça peut venir de notre part" "la situation d'urgence qui peut nuire à la communication" "ça peut venir des personnes extérieures" "des bruits dans la salle" "d'un personnel" "plein d'éléments annexes »	
	COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE	Difficulté		"ça me pose problème" "j'aime pas"
		Recadrage		"je ne mets jamais les professionnels en défaut" "se recadre soi-même aussi" "faire un feed-back"
		Rôle des échanges interprofessionnels		"partage interprofessionnel" "se reprendre entre professionnels" "explication, communication thérapeutique, solliciter les bons professionnels"

STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA COMMUNICATION ALTEREE EN AMBULATOIRE	COMMUNICATION IADE- PATIENT	Obligation	"c'est une part intégrante de la prise en charge" "une part énorme du métier" "s'améliorer en com = une obligation" "communication c'est la base de notre métier"
		Amélioration des pratiques	"important de se former à la communication" "l'expérience fait qu'on doit s'améliorer"
		Techniques	"tisser un lien relativement fort avec le patient" "cercle de confiance" "aller voir les gens au réveil" "les rassurer, leur expliquer" "prendre le temps" "ne pas forcer les gens à communiquer s'ils ne le veulent pas" "mots clefs" "une main sur l'épaule, un petit geste, une attention particulière" "prendre soin du patient" "ne pas se mettre à la place du patient, essayer d'imaginer ce qu'il peut ressentir" "être dans une dynamique positive"
		Impact de la communication sur l'anesthésie	"le patient va retenir ce qui se passe à ce moment" "le patient écoute tout ce qu'on dit, tout peut être analysé" "le patient va retenir la façon dont on les a pris en charge"

			"l'anesthésie ce n'est pas que de la technique" "c'est pas pousser trois seringues" "accueil = période à ne pas rater" "la communication peut être la clé de beaucoup de choses"
		Compétences relationnelles / capacités personnelles de communication	"la communication c'est pas inné" "plus on devient sûr de soi, à l'aise" "spontanéité, qqun a la communication facile"
		Spécificité ambulatoire VS bloc général	"patient stable en salle, donc on a le temps de sortir se présenter au suivant" "oui l'ambulatoire est différent"
		Types de communication	"prendre soin du patient c'est une part de communication"
		Formation initiale	"maintenant la communication fait partie intégrante du module de formation"
		Formations autres	"communication thérapeutique" "communication positive" "l'hypnose" "des formations existent donc il y a des experts dans ce domaine"
		Temps de prise en charge court	"laps de temps extrêmement court, on ne peut pas le rater" "il faut être efficace mais adapté à chaque situation"

		Recherche de l'efficacité	"au début, on se focalise sur la technique"
	BESOINS	De Formation	"pas de financement, donc je me suis autofinancé la formation en communication thérapeutique"

RESUME

« *L'IADE et les stratégies de prise en charge face à la communication altérée lors de l'accueil du patient* »

INTRODUCTION : La communication est connue pour être un facteur important dans la prise en charge des patients au bloc opératoire. Mais parfois, elle peut être altérée. Quelles stratégies mettent alors en place les IADE lorsqu'ils sont confrontés à cette situation ?

OBJECTIFS : L'objectif de cette étude est d'identifier ces stratégies utilisées par les IADE dans les situations d'altération de la communication avec les patients.

MATERIEL & METHODE : Une étude quantitative a été réalisée à l'aide de six entretiens semi-directifs avec des IADE.

RESULTATS : Les IADE interrogés ont tous émis le fait que la communication joue un rôle majeur dans leur pratique quotidienne. Cependant, certains ont parlé de compétences qu'ils ont (innées ou acquises) ou qu'ils aimeraient avoir pour faire face à des situations d'altération de la communication.

CONCLUSION : Contre toute attente, malgré leurs compétences techniques, les IADE ont montré un vif intérêt à la communication avec les patients. Après avoir exposé des facteurs influant l'altération de la communication, plusieurs stratégies pour y faire face ont été citées dans cette étude. Leurs besoins d'apprendre de nouvelles compétences autour de la communication a été aussi souligné.

MOTS-CLEFS : altération de la communication / communication / compétence / stratégies de prise en charge

ABSTRACT

« *Intake strategies employed by nurse anaesthetists for a miscommunication among out-patients* »

BACKGROUND : Communication is known as an important factor in patient care in the operating theatre. However, sometimes, miscommunication can occur. In that case, which intake strategies should nurse anaesthetists employ when faced with miscommunication with out-patients ?

OBJECTIVES : The aim of this study is to identify the strategies used by nurse anaesthetists during situations involving miscommunication with patients.

METHODS : A qualitative method was used to conduct semi-structured interviews with six nurse anaesthetists.

RESULTS : Interviewed nurse anaesthetists all reported that communication plays a major role in their daily practice. However, some of them spoke about some skills that they have (innate or learned) or they wish they had to cope with situations of miscommunication.

CONCLUSION : Against all odds, despite their technical skills, nurse anaesthetists give importance to communication with patients. After exhibiting factors involved in miscommunication, several strategies that nurse anaesthetists use were shown in this study. Their needs about learning new communication skills were also discovered.

KEYWORDS : communication / intake strategies / miscommunication / out-patients / skills