



HAL
open science

L'IBODE en chirurgie éveillée des tumeurs crâniennes

Yolaine Salaün

► **To cite this version:**

Yolaine Salaün. L'IBODE en chirurgie éveillée des tumeurs crâniennes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. <dumas-05481197>

HAL Id: dumas-05481197

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05481197v1>

Submitted on 28 Jan 2026

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



École d'Infirmiers de Bloc Opératoire

Centre Hospitalier Universitaire

Hôpital de la Cavale Blanche

Boulevard Tanguy Prigent, 29609 Brest

**« *L'IBODE en chirurgie éveillée des
tumeurs crâniennes* »**

SALAÛN Yolaine

En vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier de Bloc Opératoire

Directeur de mémoire : Pr SEIZEUR Romuald

Promotion 2023 – 2024

Session Juin 2024

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude pour leur soutien pendant ces 2 ans de formation.

Je voudrais d'abord remercier le Pr Seizeur Romuald, mon directeur de mémoire, madame Le Meur Florence pour sa guidance et ses conseils lors de la rédaction de ce mémoire. Je remercie monsieur Brégeon Jérôme et madame Boissière Charlotte pour leurs disponibilités et leurs conseils, tout au long de la rédaction.

Je tiens à témoigner mes sincères remerciements à toute l'équipe pédagogique pour leur disponibilité et leur soutien durant ces deux ans notamment madame Chapalain Elisabeth, madame Saenco Anna et nos deux formatrices madame Morvan Catherine et Manredjo Christine.

Je remercie mes amis de la promotion PMO1 pour ces bons moments passés lors de ces mois d'école.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements durant ces deux ans d'études.

Glossaire

CNV : communication non violente

CHU : centre hospitalier universitaire

DM : dispositifs médicaux

DU : diplôme universitaire

EIG : évènement indésirable grave

HAS : haute autorité de santé

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'État

IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'État

IRM : imagerie par résonance magnétique

IRMf : imagerie par résonance magnétique fonctionnelle

NCH : neurochirurgie

Table des matières

Introduction	1
1. De la question de départ au cadre conceptuel.....	3
1.1 Situation de départ	3
1.2 État de l’art.....	4
1.3 La chirurgie éveillée	5
1.3.1 Bref historique.....	5
1.3.2 Le cerveau.....	6
1.3.3 La chirurgie éveillée des tumeurs gliales cérébrales.....	6
1.4 Cadre législatif.....	9
1.4.1 L’organisation au sein des blocs.....	9
1.4.2 L’infirmier de bloc opératoire	9
1.5 Cadre conceptuel	12
1.5.1 La communication.....	12
1.5.2 Les émotions	15
1.6 Hypothèses et problématique	19
2. Méthodologie.....	19
2.1 Définition du type d’étude.....	19
2.1.1 Choix de l’outil	19
2.1.2 Définition de la population d’étude.....	20
2.1.3 Choix du terrain.....	21
2.2 Mesures et procédures.....	22
2.2.1 Construction du guide d’entretiens	22
2.2.2 Déroulement de l’enquête.....	23
2.2.3 Grille d’analyse	24
3. Résultats	24
3.1 Compétences IBODE dans la chirurgie éveillée	24
3.1.1 Profil IBODE	24

3.1.1.1	Polyvalence et organisation.....	25
3.1.1.2	Visites préopératoires.....	25
3.1.2	Savoir-être.....	26
3.1.2.1	Travailler dans le contexte du patient conscient.....	26
3.1.2.2	Communication	27
3.1.3	Savoir-faire	27
3.1.3.1	Formation.....	27
3.1.3.2	Expérience de l'IBODE	29
3.1.3.3	Contrôle de la salle d'intervention.....	29
3.1.3.4	L'installation du patient	30
3.2	Gestion des émotions et organisation du travail.....	30
3.2.1	Emotions de l'IBODE	30
3.2.1.1	Expérience IBODE lors de la première chirurgie éveillée.....	30
3.2.1.2	Gestion des émotions	31
3.2.2	Liberté restreinte de l'IBODE face au patient conscient.....	31
3.2.2.1	Restriction de l'espace d'instrumentation.....	31
3.2.2.2	Gestion du bruit.....	32
3.2.2.3	Restriction de la communication verbale IBODE.....	32
3.3	Hypnose.....	33
4.	Les limites	33
5.	Analyse et Discussions.....	34
5.1	Organisation du bloc opératoire dans la chirurgie éveillée	34
5.2	Gestion des émotions et organisation du travail.....	41
5.3	Hypnose.....	44
5.4	Synthèse de l'analyse et discussion	48
	Conclusion.....	50
	Bibliographie	51
	Annexes.....	55

Introduction

Étudiante à l'école d'infirmiers de bloc opératoire, je suis amenée à élaborer un travail de recherche en lien avec le référentiel de compétences figurant dans l'arrêté du 27 avril 2022, relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire.

La réalisation de ce travail m'a permis un temps de réflexion sur une situation m'ayant interpellée lors de ma pratique professionnelle, au bloc opératoire et plus particulièrement lors de chirurgies éveillées, en neurochirurgie (NCH).

En effet, je suis partie de cette intervention qui me semblait si spéciale comparée aux autres chirurgies. Celle-ci consiste à réaliser une exérèse de lésions tumorales le plus large possible tout en préservant un maximum les fonctions essentielles alors même que le patient est conscient. Ce dernier est endormi dans un premier temps afin d'effectuer une craniotomie et sera par la suite réveillé pour réaliser des exercices psychomoteurs simultanément du chirurgien qui opère et qui plus est, stimule la zone du cortex. Cette intervention inimaginable pour certains mérite d'être valorisée.

À travers mon expérience, j'ai ressenti un malaise avec le nombre d'intervenants et des questions ont émergé face à cette chirurgie notamment vis-à-vis de l'infirmière de bloc opératoire diplômée d'État (IBODE).

L'intérêt de mon travail porte sur l'IBODE en chirurgie éveillée et s'intéresse plus particulièrement aux compétences mises en avant dans le savoir-être et le savoir-faire de l'IBODE durant cette chirurgie.

Peu d'études ont été réalisées à ce sujet, c'est pourquoi, j'ai souhaité réaliser un état des lieux de la pratique IBODE durant cette chirurgie, en abordant une méthode qualitative afin d'avoir le ressenti et l'expérience des IBODE. J'ai aspiré à élargir notre recherche au niveau national de manière à connaître d'autres organisations IBODE sur ce thème de recherche.

Dans une première partie, nous commencerons ce travail par relater plus précisément la situation de départ. Ensuite, nous ferons une approche théorique sur les connaissances du cerveau et de cette chirurgie puis nous développerons plusieurs concepts institutionnels et conceptuels en lien avec le thème de recherche : la chirurgie éveillée et l'IBODE. Cela nous amènera à poser une problématique et des hypothèses qui en découlent. Dans un second

temps, nous aborderons la méthode utilisée pour cette étude et les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Nous présenterons ces résultats dans un troisième temps, à l'aide d'une grille d'analyse répertoriant les dires des IBODE interviewés. Ceci, nous conduira à les analyser et à en discuter, dans un cinquième temps et nous les confronterons à la littérature après avoir exposé nos limites à cette étude. Enfin, nous terminerons par conclure cette étude.

1. De la question de départ au cadre conceptuel

1.1 Situation de départ

C'est lors de ma pratique infirmière au bloc opératoire du centre hospitalier universitaire (CHU) de Brest que j'ai pu assister à différentes chirurgies par craniectomies en condition éveillées appelées les chirurgies éveillées, en secteur de neurochirurgie. Cette intervention si particulière qu'elle soit a évolué au fil des années avec l'équipe. Il y a toujours une tension palpable en début d'intervention qui s'apaise une fois le patient endormi dans la première phase. Lors de la deuxième phase, au réveil de ce dernier, le silence règne et l'émotion gagne la salle. Les premières stimulations arrivent en parallèle des exercices réalisés par le patient supervisé par la neurologue et la neuropsychologue. Moment de tension pour certains par le risque de crises d'épilepsies. Moments d'émotions pour d'autres par le fait de pouvoir « désaccorder des fonctions essentielles », entraînant divers troubles de sémantiques, d'articulations, de phonologies, motrices... dus à l'électrostimulation corticale et sous corticale.

Lors de ces expériences, je me suis rendue compte qu'il était difficile de trouver sa juste place d'une part dans son périmètre de compétence, dû au nombre d'intervenants gravitant autour du patient mais aussi par le fait que l'organisation spatiale des dispositifs médicaux est organisée différemment pour préserver le patient. Ce qui induit des contraintes supplémentaires dans l'espace de travail pour l'IBODE pour se mouvoir.

De plus, je me suis aperçue que les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE) étaient les seuls à ne pas connaître le patient ce qui accentue la difficulté de trouver sa place auprès de celui-ci.

Lors de mon stage recherche au CHU de Brest dans le service de neurochirurgie, j'ai profité pour suivre le parcours de soins de patients présentant des gliomes et qui prétendaient à ce type de chirurgie. J'ai ainsi pu constater tout le travail réalisé en amont mais aussi avoir un autre regard en observant une intervention de ce type. J'ai constaté différentes tensions entre les professionnels ou durant la chirurgie, mais aussi des instants d'émotions qu'émergeaient à différents moments de la chirurgie. Aussi, lors de cette intervention, une IBODE était présente en tant que circulante pour la première fois, sans doublure, ni formation à ce type de chirurgie.

De même, j'ai réalisé une « pré-enquête » où j'ai questionné certains professionnels sur mon sujet afin de voir ce qui en ressortait. Quelques professionnels IBODE m'ont

interpellé en me disant qu'il n'y avait pas grand-chose à dire à ce sujet et qu'ils se sentaient un peu mis à l'écart voire évincés. Deux IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'État) m'ont dit la même chose ; elles se sentent mises à l'écart par le fait qu'elles ignorent pourquoi elles ne mettaient plus en pratique l'hypnose. Auparavant, elles faisaient les visites préopératoires mais pas les IBODE. Une autre IBODE m'a expliqué qu'elle n'était pas encore experte dans ce domaine et que cette chirurgie ne la mettait pas à l'aise.

Ces expériences ont occasionné des interrogations sur mes positions en tant que soignante et sur mes réactions émotionnelles. Ce qui m'a amené à définir ces questions de départ :

- Comment se distingue le rôle IBODE dans la prise en charge d'un patient lors d'une chirurgie éveillée ?
- En quoi la prise en charge de l'IBODE diffère-t-elle d'une autre chirurgie ?
- Le fait de connaître le patient en amont modifie-t-il la prise en charge et la relation IBODE /patient ?
- La charge émotionnelle de ce type de chirurgie ramène-t-elle l'IBODE au plus près du patient ?

1.2 État de l'art

De nombreux ouvrages se réfèrent au thème de la chirurgie éveillée. Quelques-uns comme le « Voyage du cerveau gauche au cerveau droit » de Philippe Menei ou encore « L'erreur de BROCA » de Hugues Duffau sont des références pour la construction du cadre conceptuel. D'autres viendront agrémenter le cadre notamment Marshall Rosenberg avec « les mots sont des fenêtres », lors du concept de la communication.

Cependant, après différentes recherches bibliographiques, nous nous apercevons qu'il existe très peu de publications sur l'IBODE en chirurgie éveillée. Une seule étude se réfère au thème de recherche intitulée : « The Experiences of Nurses Who Participate in Awake Craniotomy Procedures » (1). Cet article a été réalisé en 2006 et publié dans le journal l'AORN¹ par deux infirmières de bloc opératoire, en Italie. Il avait pour objectif de saisir les expériences des IBODE lors de chirurgies éveillées par une étude phénoménologique.

¹ AORN : Association of periOpératoire Registered Nurses : revue de soins infirmiers à comité de lecture

1.3 La chirurgie éveillée

Ces questionnements m'amènent à proposer un cadre contextualisant cette chirurgie, afin de l'étudier et de bien la cerner. Nous verrons les différentes fonctions exécutives et cognitives du cerveau en lien avec les hémisphères gauches et droits et expliquerons ce qu'est la chirurgie éveillée des tumeurs gliales.

Mais tout d'abord, sachons comment nous sommes arrivés à opérer un patient en condition éveillée.

1.3.1 Bref historique

Dès le néolithique, l'homme s'est intéressé au cerveau. Des trépanations ont pu être observées sur des crânes datant de 9000 ans (2).

Fin du 19^{ième} siècle, mis à défaut par les Localisationnistes comme Paul Broca et Carl Wernicke, le cerveau est resté centré longtemps sur une répartition en aire notamment du langage pour Broca et la compréhension pour Wernicke.

En effet, Paul Broca, anatomiste français, mettra en évidence une région du cerveau en disséquant le cerveau d'un patient aphasique. Il découvre une lésion située dans la 3^{ième} circonvolution du lobe frontal au sein de l'hémisphère gauche dit dominant (3). Il en déduit que cette lésion était à l'origine du trouble de la parole et la dénomma l'aire de Broca. Pour lui, il existe une asymétrie hémisphérique aboutissant à une spécialisation des hémisphères. Peu de temps après, c'est Carl Wernicke, neurologue et psychiatre Allemand qui met en évidence des troubles de la compréhension chez des patients sans difficulté d'articulation. Pour lui, le langage et les pensées sont indépendants (4).

Wilder Penfield, neurochirurgien Canadien, dans les années 30, sera le précurseur de la chirurgie éveillée. Il opère des patients atteints d'épilepsie en chirurgie éveillée, en stimulant les zones du cortex et réalise une cartographie précise du cortex moteur et sensitive (homunculus de Penfield (5)). Mais, cette technique tombe dans l'oubli à sa mort pendant une vingtaine d'année jusqu'à ce que Georges Ojemann, aux Etats Unis, reprenne cette idée. Il étendra la cartographie du cortex jusqu'aux zones du langage.

En 1996, c'est le Pr Hugues Duffau neurochirurgien français qui déploie cette technique aux tumeurs cérébrales et œuvre depuis dans les recherches du connexionnisme. Ce qui démontre que le cerveau n'est pas réparti en aires mais en réseaux, et qu'il est dorénavant possible de cartographier les voies sous corticales.

1.3.2 Le cerveau

Afin de comprendre les enjeux de la chirurgie éveillée, il nous paraît intéressant de rappeler certaines notions du fait de la complexité du cerveau.

C'est principalement avec les progrès technologiques notamment du microscope et de l'imagerie médicale que les neurosciences vont accroître les données sur l'anatomie et la physiologie du cerveau. Et, ainsi comprendre, de plus en plus, le fonctionnement du cerveau, bien qu'il reste encore beaucoup à explorer.

Grâce aux avancées de l'imagerie cérébrale par imagerie par résonance magnétique (IRM), il a été démontré que le cerveau s'adapte aux circonstances de la vie. Le nombre de neurones s'étend à une centaine de milliards à la naissance. Ces derniers sont des cellules qui reçoivent l'information, la traitent puis la renvoient. Les neurones sont localisés à la surface du cerveau constituant le cortex mais aussi en profondeur dans les noyaux gris centraux. Ces neurones vont communiquer ensemble par leurs prolongements : les axones entourés d'une gaine de myéline (6). Tous ces embranchements vont alors former la substance blanche du cerveau. Leurs connexions entre eux vont se déployer en fonction des apprentissages et des expériences de la vie (7). Des recherches ont été menées chez des musiciens. Il a été démontré au travers d'IRM, qu'il existait une modification du cerveau avec un épaississement du cortex cérébral au niveau des zones dédiées à la motricité des mains et de l'audition, lié à la pratique intensive du piano (8).

Lorsqu'il existe des failles dans ces réseaux, comme lors d'une tumeur, les fibres peuvent prendre des voies différentes. On appelle cela la plasticité cérébrale. C'est pourquoi un patient ne peut avoir conscience de ces changements, jusqu'à ce que les limites de cette plasticité ne soient atteintes entraînant des troubles neurologiques. (9).

Des études sont encore en cours, comme « le Human Brain Project » (10) dont l'objectif est de développer de nouvelles thérapies médicales concernant les pathologies neurologiques, à l'échelle européenne, en créant un modèle informatique du cerveau humain afin de mieux comprendre son fonctionnement.

1.3.3 La chirurgie éveillée des tumeurs gliales cérébrales

« Voyager dans les circuits des patients pour en établir peu à peu la carte » (9).

Les tumeurs gliales sont des tumeurs se développant dans le cerveau et dans la moelle épinière. Il existe différentes formes de tumeurs notamment les épendymomes, les astrocytomes et les oligodendrogliomes allant du bas grade (de forme bénigne) au haut grade

mettant en jeu le pronostic vital du patient les mois suivant la découverte. Le caractère infiltrant de ces tumeurs rend difficile l'entière exérèse sans toucher les fonctions du cerveau.

Opérer une tumeur cérébrale n'est jamais anodine, certaines personnes pensent même qu'opérer un cerveau est chose impossible (9). Chez certains patients, il se peut que la découverte soit fortuite suite à un examen réalisé pour une tout autre raison. Cela peut rendre difficile la compréhension de se faire opérer car ils vivent normalement, sans trouble majeur. Malgré tout, la plupart du temps, des signes évocateurs tel que l'hypertension intracrânienne ou des crises d'épilepsies amènent à investiguer plus profondément. Sans prise en charge, le patient décédera dans les 6/7ans voire dans l'année, s'il présente un gliome de haut grade (11).

L'enjeu de cette chirurgie est de minimiser les symptômes post-opératoires et donc d'enlever le minimum de fonctions cérébrales. Chaque patient est différent de par son histoire, son métier, sa culture ce qui engendre une prise en charge individuelle. Il est aussi important de comprendre ses fonctions essentielles pour la prise en charge de cette chirurgie.

L'évolution des techniques chirurgicales et radiologiques permettent dorénavant de personnaliser les interventions en cartographiant le cerveau en amont et en peropératoire. Le patient devient alors coordinateur de sa propre chirurgie et réel « chef d'orchestre » car sans lui cette chirurgie ne peut se réaliser. Ce dernier devra être attentif et réaliser des exercices durant trois voire quatre heures sans bouger, en restant dans la même position ce qui nécessite une préparation minutieuse en préopératoire.

La complexité de cette intervention met en jeu les zones éloquentes telles que les fonctions exécutives du patient (résolution de problème, le raisonnement, la réflexion) mais aussi les zones motrices et celles du langage, situées principalement dans l'hémisphère gauche. Une cartographie du cerveau préopératoire sera faite par imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRM/f²) (12) et une tractographie³ afin d'avoir un premier aperçu des zones cruciales. Il se peut que plusieurs zones soient atteintes et il faut alors prioriser les zones à garder en fonction du mode de vie et de ce que souhaite aussi le patient. Les tumeurs gliales sont infiltrantes et le chirurgien ne peut enlever toute la tumeur au détriment de certaines fonctions. L'objectif étant de prolonger l'espérance de vie tout en gardant le même

² L'I.R.M. fonctionnelle a pour principale application l'identification des zones du cerveau impliquées dans différentes fonctions spécialisées telles que la vision, l'audition ou la production de langage

³ Tractographie est une technique d'IRM mettant en évidence les voies neuronales

mode de vie qu'avant l'intervention. Néanmoins, il n'est pas possible de réparer les lésions déjà présentes.

Cette chirurgie consiste donc à une exérèse maximale afin d'enlever le plus de cellules tumorales dites « gliales » infiltrantes, tout en préservant les fonctions neurologiques et la qualité de vie du patient. Elle peut aller jusqu'aux zones cruciales, les zones éloquentes (13). Lors de cette chirurgie, afin de détecter les zones capitales, le patient sera réveillé en ayant la tête fixée par une têtère de type Mayfield⁴. Puis, ce dernier exercera avec l'aide d'un neurologue ou d'un orthophoniste des exercices en lien avec l'hémisphère et la zone à repérer par la stimulation, durant quelques heures. Le chirurgien réalisera une stimulation électrique pouvant provoquer un trouble transitoire. Cette stimulation durera en moyenne quatre seconde sur chaque zone. Le patient devra donner une réponse verbale, motrice dans cet intervalle de temps afin de voir s'il existe un trouble associé à cette zone stimulée. Si au regard de la stimulation, il n'apparaît pas de trouble, la fonction de la zone stimulée a dû prendre une autre voie et le chirurgien peut donc enlever cette zone. Une cartographie sera établie directement à la surface du cortex (annexe I).

Enfin, l'arrivée de l'intelligence artificielle va permettre de mettre en évidence des zones encore non explorées lors de chirurgies éveillées : les cognitions sociales (interactions sociales, émotions...) situées principalement dans l'hémisphère droit. Ce qui permettra au patient, au travers d'un casque de réalité virtuelle, de mettre en scène des avatars interagissant directement avec le patient (6).

Cette intervention amène à ne négliger aucune étape dans le parcours de soins afin que le patient intègre d'une part le procédé, mais aussi pour qu'il soit le plus coopératif possible lors de l'ablation tumorale. C'est pourquoi, il existe tout un accompagnement avec une équipe pluridisciplinaire en amont de l'intervention, jusqu'à l'arrivée au bloc opératoire où le patient retrouve l'ensemble des intervenants auquel vient s'ajouter l'IBODE.

⁴ Têtère de neurochirurgie permettant la mise en place de trois pointes avec un mécanisme de fixation de la tête du patient.

1.4 Cadre législatif

1.4.1 L'organisation au sein des blocs

L'évolution technologique aux blocs opératoires est telle que ces derniers sont en perpétuelles adaptations et doivent s'organiser afin de garantir les meilleurs soins et sécurités aux patients. Ils peuvent être plus ou moins importants et polyvalents n'apportant pas les mêmes besoins. Ce système complexe est régi par les conseils de blocs (Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000) (14) et par la charte du fonctionnement du bloc opératoire (article 2.2-10 du référentiel de certification de la haute autorité de santé (HAS)) (15), entre autres. Ils permettent de garantir une organisation optimale de ces nombreux intervenants venant des différents services de l'hôpital où les organisations diffèrent les unes des autres.

C'est une entité à part qui a sa propre organisation et ses propres professionnels. L'HAS (haute autorité de santé) met en jeu l'importance de cette organisation dans la certification des hôpitaux V2023 (article 2.2-10, 2.4-01 du référentiel de certification de l'HAS) (16).

Chaque semaine se tient une cellule de programmation afin de définir les plages opératoires en fonction des ouvertures de salles, des spécialités et aussi du personnel présent et habilité/formé dans les différents secteurs associés. La planification des ouvertures prévisionnelles est faite, en amont par le conseil de bloc.

Les évolutions technologiques amènent les chirurgies à être de plus en plus spécifiques et demandent alors de la maîtrise et une expertise des interventions. Bien que certains chirurgiens souhaiteraient travailler avec les mêmes équipes, la planification des ressources humaines (RH) des blocs opératoires alliée avec un manque de personnels dans certains centres sont tels qu'il devient difficile de l'organiser ainsi. Pourtant, les politiques actuelles prônent la polyvalence ou du moins une bivalence des spécialités concernant les IBODE (exemple du CHU de Brest).

1.4.2 L'infirmier de bloc opératoire

En parallèle de cette évolution technologique, l'IBODE a dû s'adapter à son environnement et aux nouveaux dispositifs médicaux. Son niveau d'expertise se déploie, et simultanément le niveau d'exigence de la formation augmente.

En 1992, les textes légifèrent la profession par le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 remplaçant le titre "Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération"

par le titre “Infirmier de bloc opératoire diplômé d’État”. C’est une profession réglementée par l’article 1^{er} de la loi 4311-11 du code de la santé publique (17).

Le métier d’IBODE se définit selon le référentiel d’activité IBODE comme : *« L’infirmier ou l’infirmière de bloc opératoire est un professionnel spécialisé expert, qui participe aux soins des personnes bénéficiant d’interventions chirurgicales, d’endoscopies ou d’actes techniques invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Ses compétences sont mises en œuvre dans le cadre d’un exercice en équipe pluriprofessionnelle, en secteur interventionnel quelle que soit la discipline chirurgicale, ou en secteur associé tel que la stérilisation. Il/elle prépare, organise et réalise des soins et des activités en lien avec le geste opératoire, en pré, per et post interventionnel. Dans son champ de compétences, il/elle met en œuvre toutes les mesures d’hygiène et de sécurité en tenant compte des risques inhérents à la spécificité des personnes soignées, à la nature des interventions, au travail en zone protégée, à l’utilisation de dispositifs médicaux spécifiques et à l’usage des nouvelles technologies »* (18).

Le métier a évolué accordant une reconnaissance d’actes relevant de la compétence exclusive des IBODE selon le décret du 27 janvier 2015 (l’aide à l’exposition du patient, à l’hémostase et à l’aspiration). S’en suivra, la nouvelle réingénierie définissant le niveau d’étude au niveau « Master » en classifiant les unités de formations en compétences. Ainsi, une nouvelle compétence est attribuée, celle d’assistant de chirurgie par l’arrêté du 27 avril 2022 encadrée par le décret n°2022-732 du 27 avril 2022 (18).

Mais qu’est-ce qu’une compétence ? *« Une compétence est une combinaison de connaissances, d’aptitudes et d’attitudes appropriées à chaque contexte. Les compétences clés sont celles qui fondent l’épanouissement personnel, l’inclusion sociale, la citoyenneté active et l’emploi »* (19).

Il existe des compétences institutionnelles, régies par le nouveau référentiel IBODE, où l’IBODE pourra les mettre en application par la suite au bloc opératoire. Le métier d’IBODE est une profession aux multiples facettes allant des compétences techniques, l’incitant à se former tout au long de sa carrière, aux compétences psychologiques où il doit faire face à une adaptation constante face aux situations d’urgences, par exemple, et tout en acquérant des compétences relationnelles.

Selon le docteur Samama, l’IBODE est un *« ... pivot de la salle d’opération travaille en interface avec le patient, les équipes médicales et paramédicales. Elle représente un*

facteur d'unité et de continuité pour l'équipe et une garantie de qualité pour le malade » (20).

Enfin, le regard extérieur de l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle, lors d'une immersion au bloc opératoire apporte une approche intéressante du métier (21). Elle qualifie la profession de l'IBODE par un « *très fort sentiment de responsabilité ainsi qu'une pénibilité physique importante* ». Elle met en évidence des compétences multiples citées plus haut. L'IBODE est perfectionniste tout en garantissant la sécurité du patient. Enfin, cette anthropologue met en évidence un besoin de reconnaissance professionnelle et affective, tout ceci dans un environnement solidaire malgré les tensions interprofessionnelles. L'IBODE n'agit donc pas seulement en peropératoire mais fournit aussi tout un travail en amont dans la préparation des interventions, de la logistique des commandes et exerce en collaboration avec d'autres secteurs comme l'hygiène, la stérilisation mais aussi les services. En effet, L'IBODE peut mettre en place des visites préopératoires afin d'être au plus près des demandes des patients concernant le bloc opératoire, dans une démarche de qualité de soins et de bien-être du patient (22).

L'IBODE est donc au centre d'une équipe pluridisciplinaire où certains veulent imposer leur autorité (21). Des tensions peuvent alors être observées. Les attentes des uns ne sont pas forcément celles des autres et les professionnels peuvent avoir du mal à communiquer.

Le cadre institutionnel établi sur l'organisation des blocs opératoires et les compétences IBODE, nous permet de déterminer une question de recherche qui porte sur :

**« Quelles sont les compétences IBODE mises en exergue
lors de la chirurgie éveillée ? »**

Nous allons mettre en avant, dans la partie suivante, des concepts en lien avec cette question de recherche où émaneront des hypothèses que nous chercherons à valider ou non au travers d'une étude qualitative.

1.5 Cadre conceptuel

1.5.1 La communication

Paul Watzlawick, psychologue, a noté : « *la communication importe autant que son contenu* » (23).

La communication n'est pas toujours simple et les difficultés s'intensifient généralement proportionnellement au nombre d'individus inclus dans la conversation. Comprendre le message de l'autre sans interpréter est toute la complexité de la communication, sans quoi elle peut amener des désagréments voire des conflits (24).

Selon la définition du Larousse, « *communiquer est l'action de transmettre quelque chose, faire partager à quelqu'un un sentiment, mettre en commun avec quelqu'un et d'être en rapport avec autrui, en général avec le langage* » (25). Cela peut être un échange verbal entre individus et dont l'émetteur sollicite une réponse. Cependant, il existe plusieurs formes de communication, sous forme verbale ou non verbale, par le toucher, au travers du regard, par l'intonation de la voix. Autant de manières de communiquer pouvant toutes être associées les unes aux autres. Un geste, un regard peut trahir notre langage (26). La communication est donc associée à un ensemble de gestes, de comportements pour faciliter l'aisance et l'essence de la communication. Lors de contextes émotionnels, les voies non verbales prennent leur sens pour transmettre les informations par le toucher, par exemple.

La communication dite « explicite » est lorsque le message est clair et qu'il permet de « donner une information, de faire passer une idée ». La communication implicite est quant à elle, dépendante de chaque individu, de son vécu et est « sujet à interprétation » (27). Elle donne une idée sur la nature de la relation en juxtaposant l'intonation de la voix, mais aussi par les gestes. Le message peut avoir des difficultés à aller vers le receveur et *vice versa*. La qualité du lien va alors déterminer la façon de communiquer.

Albert Meharian identifie trois modes de communication en les nommant ainsi : « la règle des 3V » :

- La communication visuelle détenant 55% du processus de communication impliquant les expressions du visage et du langage corporel.
- La communication vocale englobe 38% de la communication par l'intonation et le son de la voix.
- La communication verbale où il reste 7% du processus avec la signification des mots (26).

La communication est multimodale. Finalement, la variante verbale est une partie infime de la communication. Il existe donc une multitude de codes à travers la manière de parler, de s'exprimer en incorporant les intonations, les silences (23). Philippe Meinei a décrit l'importance du langage non verbal avec l'intonation de la voix du peu de mots que sa patiente connaissait du fait de son aphasie. Cette dernière communiquait « incroyablement avec ses enfants grâce à la tonalité exceptionnelle du peu de mots qu'elle prononçait » (6).

Le choix des mots est d'autant plus important dans la relation à l'autre. Erickson Milton cite dans un de ces ouvrages : « ...il est extrêmement important pour vous d'être conscient des significations de ce que vous voulez communiquer. Vous devez étudier vos mots ; vous devez apprendre à en reconnaître toutes les significations possibles » (28). Un mot peut avoir plusieurs significations, plusieurs origines. Il faut adapter ses mots en fonction de notre interlocuteur. Une parole peut être perçue de différentes manières comme moralisatrice, accusatrice. Ainsi, la personne peut se sentir juger, fautive. Elle va alors répondre à autrui de différentes sortes comme en se fermant au dialogue, se braquant ou en répondant agressivement sans chercher à percevoir les besoins de l'autre (24).

Une méthode déployée, dans les années 70, par Marshall Rosenberg pour communiquer avec bienveillance, prône l'importance des mots associés à une communication non violente (CNV). Elle est basée sur l'écoute de ses sentiments envers soi-même et les autres. Cette dernière repose sur quatre composants :

- *L'observation* : c'est regarder objectivement la situation sans la juger, en ayant un regard le plus neutre possible.
- *Les sentiments* : il s'agit là d'exprimer ses émotions sans accuser l'autre d'en être la source.
- *Identifier* ses besoins ou du moins d'en prendre conscience sans forcément les satisfaire dans l'immédiat.
- Formuler sa *demande* avec bienveillance pour que l'interlocuteur ne ressente aucune injonction ni critique dans le message.

De manière générale, l'individu fixe son attention sur ces composants afin de reconsidérer la façon dont la personne s'exprime et écoute l'autre. L'objectif étant d'établir une relation fondée sur la sincérité et l'empathie ce qui amène alors à la qualité de la relation (24). La bienveillance n'enlève pas les désaccords ou les prises de positions différentes. Elle ouvre au dialogue, en tenant compte du point de vue de l'autre tout en reformulant les dires

pour bien comprendre ces positions. La CNV va permettre au sein d'une équipe de se sentir à l'aise et libre d'échanger, d'aborder des sujets houleux, de travailler dans un environnement plus serein et de déployer une intelligence émotionnelle.

Pour ce qui est du bloc opératoire, il peut être comparé à un « microcosme sociétal ». C'est un lieu où convergent différents corps de métiers. C'est ainsi que ces professionnels n'ont pas les mêmes priorités, les mêmes valeurs et ni les mêmes visions des choses. Ce qui accentue la possibilité de générer des problèmes de communications où les conflits sont inévitables.

Malgré un objectif commun : « la qualité du soin », chacun peut entrevoir ses objectifs individuels limités à son propre rôle, dans la chirurgie. Il est alors important que chacun connaisse et comprenne le rôle de l'autre surtout par le biais des compétences tout en s'adaptant à l'autre et à son niveau de connaissances (29). Ainsi, pour favoriser cette communication interprofessionnelle nécessaire à la prise en charge du patient, cette dernière doit exiger de la rigueur, dans le discours. Le message doit être clair et précis pour limiter les erreurs. D'après les recherches dans le domaine des sciences sociales et psychologiques, il apparaît que l'être humain est plus susceptible de collaborer avec un individu ayant les mêmes valeurs, les mêmes croyances ou la même catégorie socioprofessionnelle (30). Cela montre combien la communication et la relation à l'autre, au bloc opératoire, peut s'établir difficilement.

L'environnement opératoire tel que les bruits opératoires ou environnementaux (ventilation/dispositifs médicaux), les discussions entre personnels présents en salle, les visages masqués, l'interruption de tâches régulières font que les messages peuvent être difficilement compréhensibles.

La communication non verbale ou le langage non verbal est une autre forme de communication utilisée au bloc opératoire. Ce dernier peut être tout aussi important lors d'une chirurgie. En effet, l'expertise de l'IBODE, peut conduire l'instrumentiste sur le champ opératoire à identifier les besoins du chirurgien, et en avançant les demandes d'instruments nécessaires. Et, de par son rôle d'assistant de chirurgie, l'IBODE peut être amenée à « identifier les anomalies liées à l'exposition et mettre en œuvre des actions correctives conformément aux besoins de l'opérateur » (17), sans que celui-ci n'en fasse la demande.

C'est ainsi qu'une communication interprofessionnelle réussie suppose une coopération entre les individus mais aussi une confiance entre eux. Ces derniers vont pouvoir s'épanouir professionnellement avec et à travers l'autre formant ainsi une ambiance sereine. De même, une bonne cohésion d'équipe dépend de l'état psychologique du professionnel.

Cependant, certains facteurs peuvent altérer la communication entre l'IBODE et le chirurgien durant la chirurgie, amenant les professionnels à un certain mal-être. Il est alors important pour chacun de cultiver ou d'acquérir des compétences émotionnelles.

1.5.2 Les émotions

L'état affectif guide le comportement dans la vie en général, qui afflue sur l'attitude ou les émotions de l'autre. Les émotions vont permettent une réponse rapide à une situation urgente.

De nombreux philosophes et chercheurs ont travaillé sur les émotions depuis l'antiquité et différentes théories ont vu le jour. Selon *Aristote* tout comme *Descartes*, les émotions dépendent de nos croyances et de nos connaissances. Alors que selon Johnmarshall Reeve, le fait d'exprimer une émotion est une « évaluation cognitive de la situation » (31).

Une émotion se définit comme étant « une réaction à un stimulus affectif, environnemental ou psychologique » (32). Selon Michel Picard « l'émotion est un outil de communication, une régulation des échanges de la vie sociale, rapide qui ne dure pas. Ce qui perdure, c'est l'état d'esprit, l'humeur qui suivra peut persister » (26). Les émotions sont un ensemble de comportements et d'expériences. Certaines sont programmées génétiquement ou dès la naissance, telles que les six émotions primaires définit selon Paul Eckman : « le bonheur, la tristesse, le dégoût, la peur, la surprise et la colère » (31), cette liste fut élargie par la suite, incluant la fierté, la honte, l'embarras et l'excitation. Ces émotions plus complexes peuvent alors se rejoindre pour en créer une autre (par exemple, la joie et la confiance combinée ensemble favorise l'amour) faisant référence à la roue des émotions de Robert Plutchik. Une étude publiée en 2017 rapporte 27 catégories d'émotions représentées sur une carte interactive, démontrant que les émotions sont liées les unes aux autres (33).

Avec le développement des neurosciences plus particulièrement sur les connaissances sur l'hémisphère droit du cerveau, les scientifiques ont démontré que ce dernier ne s'arrête pas à reconnaître les visages mais lit aussi les émotions au niveau du visage avec des

contractions musculaires parfois infimes favorisées par un réseau de voies de connexions profondes (« réseau d'émotion faciale ») (6).

Pendant longtemps, les réponses émotionnelles se sont traduites par des réactions verbales. Or, il existe d'autres composantes aux émotions comme les réactions physiologiques avec le changement du rythme cardiaque ou la température corporelle et les réactions comportementales et expressives avec la modification d'expression du visage (fuite du regard, élévation du sourcil, clignement des yeux...) (26). Mais aussi, tous les gestes et comportements accompagnent cette émotion (33). Ces dernières ne sont donc pas purement cérébrales mais entraînent aussi des modifications physiologiques et somatiques. Ces composantes vont de pairs mais peuvent être dissociées volontairement dans certains contextes socio culturels ou professionnels comme ne pas vouloir montrer sa tristesse, sa peur. Les composants forment un système complexe et interagissent ensemble afin de remédier au mieux à toutes situations. Ainsi, ils vont pouvoir se réguler comme un « rétrocontrôle » (34).

D'après James Gross, la régulation des émotions est un ensemble de processus qui va modifier une émotion positive ou non, en l'intensifiant ou à l'inverse en la diminuant selon sa durée et son intensité. Il faut ainsi noter que la forme la plus fréquente de régulation est axée sur les émotions déplaisantes. Cette régulation peut être contrôlée et est alors consciente ou à contrario est dite inconsciente. Elle se présente dans un processus automatique. Dans ce dernier schéma, à force d'être répétés, les « processus s'automatisent, ce qui facilitent la vie de l'individu ou au contraire, l'empêchent de changer d'attitude » (35). Les émotions vont permettre une réponse rapide à une situation urgente. Elles vont être influencées par des facteurs génétiques et environnementaux. A cet effet, James Gross décrit la régulation d'une émotion en 5 étapes (36) :

- *La sélection de la situation* a pour but de prévenir la situation, d'éviter un contexte en identifiant les besoins.
- *La modification de la situation* identifie les dysfonctionnements, les rôles de chacun.
- *Le déploiement de l'attention* a pour objectif de distraire la personne par d'autres émotions par la pensée, en utilisant la méditation de pleine conscience, par exemple.
- *Les changements cognitifs* vont séparer les pensées et la réalité (35). Il va falloir essayer de relativiser en acceptant la situation sans pour autant la cautionner et ainsi se détacher de la situation pour ensuite lâcher prise.

- *La modulation* va quant à elle servir à modifier ses comportements en utilisant la relaxation dirigée.

L'objectif de ces étapes est que chacun utilise ses propres ressources pour maîtriser ses émotions. Il en devient essentiel de ne pas se laisser submerger par ces dernières qui peuvent devenir pathogènes, en induisant une perturbation de l'état de santé. Il ne faut pas les cacher mais les comprendre et les réguler.

James Gross met en avant deux stratégies de régulation émotionnelle (37). La première est la *réévaluation cognitive*, « the cognitive reappraisal » portant sur les antécédents de l'individu. Ce dernier va essayer de modifier une situation pouvant déclencher une émotion, en vue de remanier les répercussions que celle-ci aurait pu déclencher émotionnellement. La personne s'attarde sur ce que génère une émotion. La deuxième stratégie est la *suppression expressive* arrivant plus tardivement. Elle est basée sur les conséquences de la réponse. Elle consiste en une modification des comportements avec une inhibition de « l'expression comportementale des émotions ». Elle va modifier la réponse émotionnelle mais une fois seulement que la personne a déclenché une émotion (35). Cette dernière stratégie venant progressivement, peut entraîner des sentiments négatifs, une réduction du bien-être psychologique et ainsi favoriser l'émergence de troubles émotionnels. Des études mettent en avant que les individus utilisant une stratégie de suppression face à une situation stressante montrent davantage de difficultés pour réguler leurs émotions ainsi que pour partager leurs expériences émotionnelles (37).

Le contexte du bloc opératoire va rajouter des facteurs déstabilisants à ce processus. Pour se faire, le professionnel va devoir prendre du recul face aux situations difficiles, stressantes afin de maîtriser ses émotions ou d'y faire face.

Le bloc opératoire peut être perçu comme un univers anxiogène, hostile. Les équipes sont confrontées régulièrement à des situations difficiles que ce soit sur le plan physique mais aussi psychologique. Les contraintes temps, horaires, fatigue mettent en jeu l'harmonie entre les équipes aux risques de commettre des événements indésirables graves⁵ (EIG).

⁵ EIG selon l'HAS est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (38).

Il existe de nombreuses situations dites « critiques » au bloc opératoire où la fatigue physique et psychologique est mise à mal. La mobilisation des connaissances, les capacités d'analyse de la situation pour prendre rapidement des décisions se mêlent au stress, à l'obligation de réagir vite. Ce sont des moments de tension pour chacun. Toutes les fonctions cognitives doivent interagir avec cet environnement instable qui peut accroître encore plus les difficultés de la situation. Les émotions quant à elles peuvent prendre le dessus et il est alors important de les reconnaître pour ne pas se laisser submerger.

Intégrer cette notion de régulation des émotions est primordiale lors de ces relations interprofessionnelles mais aussi face aux situations auxquelles peuvent être confrontés les soignants. Les conséquences émotionnelles sont nombreuses et le risque de développer des troubles psychologiques sont importants. Il faut penser et agir différemment pour améliorer nos relations afin de ne pas perdre en qualité relationnelle.

Le terme intelligence émotionnelle ou compétence émotionnelle prend alors tout son sens. Il se définit comme la « capacité à identifier, comprendre, exprimer ses émotions et celles d'autrui » (32).

Mettre en place des outils simples mais nécessitant un apprentissage et une pratique fréquente permettent d'améliorer les prises en charge. C'est tout l'intérêt des aides cognitives (AC) pour lesquelles il existe de nombreuses formations.

De même la CNV, vue plus haut, permet aux professionnels une observation neutre pour prendre de la distance lors de certaines situations et ainsi aider à ne pas laisser les interprétations ou les suppositions prendre la place.

Pour conclure, les émotions se déploient bénéfiquement et apportent une satisfaction, un bien-être au travail. Mais, le domaine professionnel qui plus est le bloc opératoire entraîne une gestion des interactions sociales d'une part, mais aussi émotionnelles face aux situations des patients. Transformer la charge émotionnelle en chance émotionnelle car les émotions peuvent être une ressource et même une opportunité comme l'écrit Antonio Damasio « les émotions ne sont pas un luxe, mais un auxiliaire complexe dans la lutte pour l'existence » (39). Être attentif à soi et aux autres, voilà une des spécificités du métier IBODE. Les professionnels du bloc opératoire habitués aux patients endormis sous anesthésie générale peuvent être confrontés à leurs propres émotions ou celui du patient lors de chirurgies éveillées. En effet, certains moments sont douloureux ou fatiguant pour le patient. La gestion

émotionnelle et la communication interprofessionnelle finalement étroitement liées sont alors importantes pour garantir une prise en charge optimale et globale du patient.

1.6 Hypothèses et problématique

Bien que le cadre conceptuel avec l'approche de la communication interprofessionnelle et le concept des émotions soient distincts de la chirurgie éveillée, je me suis questionnée sur ce qui m'interpellerait lors de cette intervention. Aidée de mes recherches, lectures, j'ai associé mon stage de recherche pour observer la prise en charge de patients correspondant à ce type de chirurgie de l'annonce jusqu'au suivi post opératoire.

Et devant cette chirurgie impressionnante durant laquelle le patient est partenaire du chirurgien qui l'opère, nous allons exposer ci-dessous les hypothèses émanant de ma question de recherche : « **Quelles sont les compétences IBODE mises en exergue lors de la chirurgie éveillée ?** ». Une étude qualitative permettra par la suite, de valider ou non ces hypothèses.

Ces dernières en lien avec le rôle IBODE et la chirurgie éveillée sont les suivantes :

- Nous supposons que cette chirurgie exergue des compétences dans le savoir-être et le savoir-faire chez l'IBODE.
- Nous supposons que cette chirurgie fait émerger des émotions lorsque le patient éveillé est acteur de sa chirurgie éveillée.
- Nous supposons que cette chirurgie accentue une communication non verbale interprofessionnelle face au patient conscient.

2. Méthodologie

2.1 Définition du type d'étude

2.1.1 Choix de l'outil

Au travers les différentes recherches réalisées dans le cadre conceptuel, j'ai émis des hypothèses que je souhaite infirmer ou confirmer.

Une étude quantitative n'aurait pas été objective au vu d'une part, du nombre relatif de centres de neurochirurgie, en France, pratiquant la chirurgie éveillée. Mais aussi, au vu

du contexte organisationnel des blocs opératoires, où les équipes ne sont pas forcément dédiées à ce type de chirurgie, je n'aurais pas eu une cohorte représentative. Enfin, il existe très peu de recherche à ce sujet.

J'ai donc souhaité guider ma recherche sur une enquête phénoménologique. Cette étude est menée pour considérer les expériences IBODE, lors de chirurgies éveillées.

En effet, la phénoménologie est l'approche scientifique des expériences vécues permettant d'explorer et de décrire le sens attribué à une expérience. La méthode consiste à décrire le sens accordé à un phénomène selon son histoire, son vécu, sa perception des choses et sa biographie (40). Elle prend en compte l'objectivité de mes questions en tant que chercheur.

La partie empirique du mémoire se définit à recueillir des informations nécessaires pour apporter des éléments de réponses à ma problématique au travers de recherches dans un cadre réel. Elle consiste à faire des observations sur des faits pratiques.

Simultanément à cette étude, une analyse qualitative, selon la méthode de Jodelet 2003 (41), a pour objectif de comprendre ou d'explicitier un comportement. J'ai réalisé des entretiens semi-directifs afin d'obtenir des données qualitatives. La collecte des données sur les données verbales des IBODE fût réalisée et a été retranscrite, à l'identique. Par la suite, les informations ont été analysées de façon interprétative et subjective (42), dans le but d'amener à comprendre ou cerner les pensées et les pratiques des IBODE, lors de chirurgies éveillées. Ce qui permettrait d'avoir de nouvelles idées et pourquoi pas des axes d'amélioration pour la prise en charge globale des patients, lors de la chirurgie éveillée au niveau IBODE du moins.

2.1.2 Définition de la population d'étude

Ma question de recherche s'adressait aux IBODE travaillant ou ayant travaillé en neurochirurgie, d'une part, et pratiquant des chirurgies éveillées. De même, il m'a paru intéressant de ne pas définir un nombre d'années d'expériences précis, dans ce type de chirurgie. En effet, les centres de neurochirurgie (NCH) ne pratiquent pas forcément hebdomadairement ce type d'intervention. A titre d'exemple, au CHU Brest en 2022, il y a eu 12 chirurgies éveillées. Par ailleurs, de par mon expérience d'infirmière au bloc opératoire, j'ai observé que certaines organisations privilégient les mêmes IBODE à chacune des chirurgies éveillées alors que pour d'autres, c'est l'organisation qui impose le secteur

d'activité ou la salle d'intervention et non la chirurgie éveillée. C'est pourquoi, certains professionnels ne peuvent pratiquer la chirurgie éveillée durant une longue période. Dans ma population cible, je n'ai pas inclus, dans mes critères, la nécessité d'avoir de l'expérience. Il peut être intéressant d'avoir un ressenti IBODE nouvellement arrivé dans ce secteur d'activité.

Afin d'anonymiser les entretiens et pour une meilleure spontanéité, j'ai choisi de ne pas mettre les noms des personnes interrogées et de les remplacer par des numéros selon l'ordre d'interview.

Figure 1 : Tableau échantillonnage et population d'enquête

IBODE	1	2	3	4	5	6	7
Hôpitaux	Toulon <i>HIA</i>	Brest	Brest	Tours	Paris <i>Lariboisière</i>	Nancy	Paris <i>St Anne</i>
Bloc polyvalent	Oui	Oui (Bivalent)	Oui (Bivalent)	Oui (Bivalent)	Oui	Oui	Non
Affecté toujours en NCH	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Expériences en Chirurgie éveillée	3 ans	6 ans	0,7 ans	13 ans	20 ans	8 ans	10 ans
Nombre en NCH	3	6	6	10	12	13	7
Nombre par an	48	12	12	6	+ 40	15	70
Référent NCH	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui

2.1.3 Choix du terrain

L'équipe IBODE ayant été récemment renouvelée au CHU de Brest, j'ai saisi l'opportunité d'élargir ma recherche à d'autres centres de neurochirurgie pratiquant cette chirurgie, en France. J'ai ciblé plusieurs centres : Toulon, Tours, Paris, Nancy. J'ai pensé que ceux-ci élargiraient ma vision des pratiques. Aussi, cette recherche aborderait des prises en charge de patients distincts, avec des comportements différents, de la part des professionnels, et ainsi amènerait à percevoir diverses représentations de mon sujet.

Mon enquête étant spécifique, la population d'étude cernée exerce dans les hôpitaux publics ainsi que dans un hôpital d'instruction des armées. Les blocs opératoires définis peuvent être polyvalents ou spécialisés en neurochirurgie.

Cependant, le fait de ne pas être sur place m'a mis quelques barrières. Certaines demandes d'autorisations ont eu des difficultés à aboutir. De même, des professionnels n'ont pas donné suite malgré le fait d'avoir répondu favorablement aux mails.

2.2 Mesures et procédures

2.2.1 Construction du guide d'entretiens

Le guide d'entretien (annexe II) est composé de 7 thèmes en lien avec les objectifs de recherches et le cadre conceptuel. Avant de soumettre aux IBODE la grille d'entretien, elle fut testée, en amont, auprès d'un IBODE Béta testeur et validée par mon guidant de recherche, en octobre dernier.

Il se composait d'une présentation générale du professionnel puis se répartissait en différents thèmes, associés à ma recherche, avec une question globale. Ces derniers comportaient des questions de relances qui me paraissaient pertinentes afin d'approfondir le thème plus aisément.

Le premier thème concernait l'institution. L'objectif était de connaître l'organisation du bloc opératoire associée à cette chirurgie, par exemple, si les professionnels étaient toujours affectés dans le secteur de la NCH et si les IBODE avaient réalisés des visites préopératoires.

Le deuxième thème ciblait les compétences IBODE. La visée étant d'identifier le rôle IBODE durant cette chirurgie, de la gestion de la salle à la prise d'initiative. Et, si elle présentait une formation spécifique.

Le troisième thème portait sur le patient conscient durant la chirurgie éveillée. L'objectif étant de mettre en évidence s'il y avait une modification du comportement IBODE durant l'intervention.

Le quatrième thème examinait le niveau sonore en vue d'étudier la gestion du nombre de personnes durant la chirurgie et de voir si le personnel faisait plus attention au bruit durant cette chirurgie.

Les cinquième et sixième thèmes s'orientaient plutôt vers la gestion du stress et des émotions. Ils permettaient d'entrevoir si cette intervention était plus propice aux émotions et comment elles étaient gérées. Ainsi, de mettre en avant, s'il existait un lien entre les expériences de l'IBODE et la gestion des émotions et du stress.

Le dernier thème portait sur la communication interprofessionnelle afin d'évaluer s'il existait des difficultés de communication et de connaître les différents modes de communication durant la chirurgie éveillée.

Enfin, pour clore cette grille d'entretien, des propositions d'axes d'améliorations et d'ouvertures sur le sujet de la chirurgie éveillée ont été établies.

2.2.2 Déroulement de l'enquête

Pour mener les entretiens, une prise de contact par téléphone des cadres du secteur défini a été faite, ainsi qu'une demande d'autorisation d'enquêter auprès des directions de soins associées (annexe III). Du fait de l'éloignement géographique avec les divers centres de neurochirurgie pratiquant la chirurgie éveillée, en France, des relances ont dû être effectuées auprès des directions de soins afin d'avoir les autorisations d'interviews nécessaires et aussi du côté des cadres de santé de bloc opératoire concernant les retours d'IBODE. C'est pourquoi, les entretiens ont pris plusieurs semaines afin d'avoir une cohorte conséquente pour justifier, par la suite, d'un travail d'analyse. Les centres ont été choisis aléatoirement. Les cadres de santé de secteur ont donné leurs coordonnées aux IBODE intéressés. Ces derniers ont fait un retour par mail ou directement par téléphone. Je n'ai donc pas eu le choix sur le panel des IBODE interviewés.

Les dates et lieux des entretiens ont été fixés par téléphone ou par mails auprès du personnel directement. Deux d'entre eux se sont effectués au bloc opératoire, pendant le temps de travail, dans un bureau, un lieu calme propice à l'échange. Les autres ont été réalisés en visioconférence pour les entretiens en dehors du secteur de Brest, via l'application « zoom © ». Du point de vue éthique, le principe d'anonymat et de confidentialité a été précisé dès le début des échanges et chaque entretien a pu être enregistré après accord des IBODE à des fins de retranscriptions. Deux de ces entretiens sont reportés en annexe IV.

Mes entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions, dans le calme. Seul un entretien, en visioconférence, s'est tenu en présence d'un enfant de bas âge ce qui a pu gêner la concentration de l'interlocuteur.

Les 7 entretiens réalisés ont une durée moyenne de 29 min.

Les questions étaient semi-directives avec un questionnaire dirigé et structuré mais laissant libre cours aux pensées et dires de l'IBODE. Les temps de silence ont été respectés afin de faciliter la réflexion de l'interviewé. Des sous questions étaient notées au besoin pour approfondir le sujet ou le questionnement de la recherche.

2.2.3 Grille d'analyse

Après la retranscription complète de mes entretiens, une grille d'analyse a été construite selon la méthode décrite par Delhomme et Meyer (43). Cette dernière a été faite sur l'ensemble du corpus. Nous avons mis en lumière, les différents thèmes abordés lors des entretiens, en lien avec la recherche et le cadre conceptuel. Puis, d'autres ont été réparti en sous thèmes. Nous les avons catégorisé et hiérarchisé en fonction de notre réflexion et de leurs pertinences. Ces thèmes et sous thèmes sont illustrés, en tableau, avec pour chacun des objectifs clés attendus des IBODE interviewés (annexe V). L'intégralité de cette première analyse est regroupée en annexe VI, sur tout le corpus.

3. Résultats

Dans cette partie, nous allons détailler les résultats de notre enquête à partir d'une grille d'analyse réalisée à la suite de la retranscription des entretiens. Cette grille a permis de catégoriser des thèmes puis des sous thèmes ressortant des entretiens et qui vont pouvoir être mis en lien avec notre problématique : « Quelles sont les compétences IBODE mises en exergue lors de la chirurgie éveillée ? » et nos hypothèses.

3.1 Compétences IBODE dans la chirurgie éveillée

3.1.1 Profil IBODE

Le panel des entretiens regroupe divers centres de neurochirurgie en France tel que Brest, Nancy, Paris (Lariboisière et Sainte-Anne), Toulon, Tours. Une IBODE d'origine Italienne exerçant en France depuis 2019, a travaillé aussi lors de chirurgie éveillée en Italie.

Le corpus des entretiens comprend un IBODE homme et 6 IBODE femmes avec une moyenne d'années d'expériences en chirurgie éveillée de 8,7 ans. L'IBODE la moins

expérimentée a seulement 7 mois d'exercices, dans cette chirurgie et la plus ancienne a 20 ans d'exercice.

3.1.1.1 Polyvalence et organisation

Dans ce thème, nous cherchons à identifier si les organisations des blocs opératoires font en sorte que ce soit toujours les mêmes IBODE lors des chirurgies éveillées et s'il existe des visites préopératoires.

Nous constatons qu'un seul bloc opératoire est dédié à la neurochirurgie. Les autres sont polyvalents. Malgré cela, les IBODE sont sectorisés soit par bivalence pour trois IBODE ou attachés au secteur de NCH pour trois autres IBODE.

Dans l'ensemble, nous observons une grande diversité sur le nombre de chirurgies éveillées, dans ces différents centres, allant de 6 à 70 interventions par an (données approximatives cités par les interviewers). Avec ces premiers résultats, nous pouvons penser qu'il y aura une diversité de données.

Nous relevons qu'il existe une diversité d'organisations. Deux IBODE ont parlé du patient debout, c'est-à-dire que le patient arrive accompagné d'un professionnel, à pied.

Sur les 7 IBODE, 2 d'entre eux rapportent que l'organisation ne fait pas de distinction avec les autres chirurgies : IBODE 2 : « ... *Si c'est ton horaire et être là ce jour-là, oui. Et, pour faire la chirurgie éveillée, on ne nous demande pas particulièrement de changer ni d'avoir des compétences...* », nous pouvons noter que ces IBODE proviennent du même centre hospitalier. Les 5 autres IBODE expliquent que les organisations essaient qu'il y ait une IBODE de la spécialité NCH durant cette chirurgie. 3 IBODE rapportent qu'il existe ou que l'organisation est en train de mettre en place un système de référents en chirurgie éveillée. Cette institution fait en sorte que ce soit les référents de chirurgies éveillées qui soient présents le jour de cette chirurgie. Les plannings des chirurgies éveillées sont alors connus en avance et tout est organisé.

3.1.1.2 Visites préopératoires

Nous distinguons que deux des trois IBODE référentes réalisent des visites préopératoires. Elles argumentent que ces visites sont d'un point de vue de l'estime de soi « *gratifiantes* » et « *passionnantes* » pour le professionnel, d'une part mais aussi que c'est une plus-value dans la relation soignant/soigné. En effet, le personnel explique que le patient « *met un visage* » sur le professionnel et *vice versa*. Cette visite permet au patient d'exprimer ses doutes, ses questionnements mais aussi que certaines choses soient expliquées à propos

de l'intervention. Du point de vue des IBODE, cela permet de se projeter sur l'intervention, « *de voir qu'il y avait une corrélation entre ce que disait le patient et ce que je connaissais de lui* » mais aussi de penser en amont l'installation du patient. A propos de ces visites préopératoires, un IBODE note qu'ils ont voulu les mettre en place mais qu'au niveau organisationnel ce n'était pas possible : « *...ça n'aurait pas été la même personne qui aurait fait les visites pré op et la chirurgie éveillée, du coup on ne voyait pas l'intérêt...* ». Une autre IBODE exprime le souhait d'en avoir : IBODE 2 : « *...j'aurais voulu aussi mettre une personnalité sur eux et eux aussi qu'ils mettent une personnalité sur nous, remettre de l'humain...* ».

3.1.2 Savoir-être

3.1.2.1 *Travailler dans le contexte du patient conscient*

Dans cette partie, nous souhaitons identifier si les comportements des IBODE changent avec un patient éveillé, lors d'une craniectomie éveillée.

Tout d'abord, l'IBODE 3 rapporte que certaines personnes de son équipe de NCH n'aiment pas travailler lors les chirurgies éveillées, du fait que le patient soit conscient, « *...beaucoup ne savent pas comment se placer...agir, par rapport au patient quand il est réveillé et ça modifie forcément le comportement ...* ». Elle pense que ces soignants ne sont pas à l'aise et ne sont pas libres de paroles, ce qui justifie la modification du comportement. L'IBODE 1 expose qu'il n'y a pas de modification du comportement à proprement parlé, mais une adaptation de sa façon de parler. Lors des autres interventions dites « classiques », l'IBODE 2 explique que le patient devient anonyme, du fait d'être endormi et complètement « champé ». L'IBODE 1 relate que souvent les professionnels au bloc opératoire citent « *l'épaule* » par exemple et non le nom du patient. Alors que lors de cette chirurgie, ils sont « *là* », ils sont « *vivants, devant toi* » rajoute une autre IBODE interviewée. 3 IBODE énoncent être attentives aux réactions du patient, ses dires. L'IBODE 5 identifie la présence du patient comme un impact positif en mettant de l'humain, dans cet univers, du bloc opératoire. L'IBODE 7 explique qu'il faut que ça « *glisse* » ...et cite : « *on modifie un peu le comportement même si ce n'est pas la fête d'habitude, mais la moindre chose ou le moindre truc qu'on dit peut-être facteur de stress pour lui...* ».

Les IBODE décrivent le travail remarquable du patient, du courage, de sa force et de sa détermination qu'il faut pour réaliser ce type d'intervention. L'IBODE 1 inclus le patient à l'équipe : « *une équipe entière derrière eux et qu'ils fassent parti de l'équipe...C'est vous qui allez bosser...ils étaient tous hyper dynamiques dans leur prise en charge, motivés...* ».

Une phrase d'une IBODE nous paraît intéressante lorsqu'elle cite : « *ils vont loin dans ce qu'ils peuvent donner* ». L'IBODE 2 exprime « *les féliciter, les encourager* » pour qu'ils aillent jusqu'au bout de l'intervention. Enfin, l'IBODE 4 témoigne son empathie et note un transfert s'opérant chez elle. Elle a dû mettre en place des process afin de prendre du recul et de rester concentrée.

3.1.2.2 Communication

Nous avons choisi d'aborder ici la cohésion et la relation interprofessionnelle. En effet, nous supposons qu'une mauvaise cohésion d'équipe engendre une atmosphère de salle d'intervention susceptible d'être plus tendue engendrant une mauvaise communication.

Six IBODE affirment une cohésion entre professionnels, l'IBODE 3 a utilisé un mot fort pour parler de ce travail très étroit : « *...ce n'est pas loin de la connivence...* ». En parallèle, l'IBODE 2 trouve cette chirurgie plus posée dans l'ensemble : « *...Les chirurgiens sont plus paisibles... ils se laissent du temps, c'est appréciable...l'hypnose... ça faisait une ambiance plus paisible en salle...* ».

Cinq IBODE notent qu'il y a moins de communication verbale, lors des chirurgies éveillées. L'IBODE 3 souligne : « *...mais parce qu'on est tous rodé, on n'a plus besoin de se parler, c'est fluide, on va reconnaître nos mouvements et nos faciès... ; ... Mais comme tout passe par le regard, on arrive à apaiser...* ». L'IBODE 6 exprime « *qu'il y a peu de communication verbale, à force, chacun sait ce qu'il doit faire, on marche au regard...* ». L'IBODE 4 souligne « *...quand on peut communiquer par gestes, on le fait...* ». Enfin l'IBODE 7 note qu'il y a plus une communication non verbale dans l'ensemble hormis quand le chirurgien communique avec l'orthophoniste. Dès lors, ce sera une communication verbale mais « *plutôt codée dans leur langage à eux...* ». Il appuie sur le fait qu'entre IBODE « *ont chuchotent et on fera plus de signes...en revanche, on sera plus dans la communication positive, on essaie de contrôler son langage de ne pas dire de choses négatives...* ». L'IBODE 2 parle aussi de communication positive lorsqu'elle cite : « *... elle (l'IADE pratiquant l'hypnose) nous reprenait pour être dans la communication positive...* ». Enfin, l'IBODE 1 va aussi dans ce sens en expliquant « *...l'apaisement par la parole, des voix calmes...* ».

3.1.3 Savoir-faire

3.1.3.1 Formation

Nous souhaitons identifier dans un premier temps, l'accessibilité à la formation des IBODE pour cette chirurgie. Nous avons regroupé les données, sous forme de tableau.

Figure 2 : mesurer l'accessibilité à la formation

	IBODE 1	IBODE 2	IBODE 3	IBODE 4	IBODE 5	IBODE 6	IBODE 7	Total
<i>Formation externe lors de la mise en place</i>	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	28,57%
<i>Formé NCH</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
<i>Formé en chirurgie éveillée</i>	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	57,14%
<i>Supports écrits</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NE ⁶	100%

Une IBODE est allée se former trois jours, dans un autre centre pour mettre en place cette chirurgie. L'IBODE 7 note que tout le personnel est formé maintenant, mais qu'il n'y a pas eu de doublure. En revanche, il explique que tout le monde est « *calé* » en NCH, avant de faire des chirurgies éveillées. Ce que rapporte également l'IBODE 1 : « *...J'avais demandé que les IBODE/IDE présents en chirg éveillées soit déjà référents de NCH...pour pouvoir faire des entretiens préop et post op, il faut que tu en connaittes une bonne partie et il faut que tu comprennes comment fonctionne le cerveau...* ». Deux IBODE expliquent avoir été formés sur le « *champ opératoire* » et deux autres notent qu'auparavant les IBODE étaient formés mais qu'il y a eu tellement de « *dérives* » poursuit une, et un tel « *turn over* » pour une autre, qu'il se peut que l'IBODE ne connaisse pas l'intervention, le jour de la chirurgie. Malgré cela, on note que six IBODE manifestent avoir des supports écrit avec des photos, comme outils de formation pour expliquer ou s'aider, lors de cette chirurgie. Une IBODE exprime le fait d'avoir été doublée lors d'une intervention. Mais, celle-ci rapporte ne pas être à l'aise encore car les chirurgies sont espacées. Elle n'en a pas fait pas assez, de ce fait. Ce qui amène au sous thème suivant : l'expérience amène moins de stress.

⁶ NE : non évaluable

3.1.3.2 Expérience de l'IBODE

Nous souhaitons dans ce deuxième sous thème examiner si l'expérience apporte moins de stress et si l'expertise IBODE est en lien avec la prise d'initiatives concernant l'IBODE instrumentiste.

Pour l'IBODE 1, cette chirurgie n'est pas stressante à condition d'être « *pointue sur ce que tu fais* ». Deux IBODE identifient que lorsqu'il y a des nouveaux IBODE ou des professionnels qui ne sont pas de la spécialité, cela rajoute du stress. L'IBODE 3 rapporte que son stress a été reculé depuis qu'elle a fait la formation hypnose et rajoute le fait qu'elle soit « *rodée* », n'amène plus de stress.

En ce qui concerne l'expertise IBODE durant cette chirurgie, nous constatons certains propos caractérisant la relation interprofessionnelle. Le mot « *cohésion* » revient pour deux IBODE. Une autre décrit la relation de confiance mutuelle entre elle et le chirurgien. Quatre IBODE parlent d'anticipation des gestes opératoires venant avec l'expérience. L'IBODE 1 rajoute : « *...Je lui donnais les instruments sans qu'elle me parle, elle savait ce que j'avais et si je lui proposais quelque chose plutôt qu'autre chose, elle savait qu'il y avait un intérêt derrière parce qu'elle avait confiance...* ».

3.1.3.3 Contrôle de la salle d'intervention

Ce sous thème aborde les dispositifs médicaux et l'organisation de la salle d'intervention durant la chirurgie éveillée. Nous souhaitons identifier la maîtrise de la gestion de la salle d'intervention.

Les six IBODE expriment le fait de bien penser la salle opératoire, en amont. L'IBODE 7 soutient que le patient ne doit pas voir l'environnement opératoire tel que les compresses imbibées ou les baquets, par exemple. L'IBODE 2 quant à elle essaie de « *camoufler* » les dispositifs médicaux, les horloges..., l'IBODE 6 va dans ce sens et cite « *...Il ne faut pas qu'il voit derrière... Il ne faut pas qu'il voit, d'autant plus si ça ne fonctionne pas...* », ceci dans un même objectif de ne pas déstabiliser le patient durant la chirurgie. La septième IBODE explique ne pas être encore dans cette démarche de tout visualiser en amont du fait de sa « *jeune expérience* ».

Sur les sept IBODE, six se rejoignent dans leur propos sur le fait que tout doit être prêt en amont de l'entrée du patient. Des adjectifs comme « *nickel, parfait* » reviennent plusieurs fois. De même, six IBODE détaillent que l'organisation de la salle doit être « *pensée en amont* » (ou synonyme). Une IBODE cite : « *on doit donner la perfection* », un autre

explique qu'au vu du nombre de personnes présentes en salle, l'IBODE circulant doit être plus attentif sur l'environnement opératoire, concernant le risque infectieux.

3.1.3.4 *L'installation du patient*

Nous souhaitons dans ce sous thème aborder la maîtrise de l'installation du patient du côté de l'IBODE.

La totalité des personnes sondées explique que le patient s'installe, dans un premier temps, lui-même, en décubitus latéral. Trois IBODE justifient ce propos afin que le patient trouve sa position. L'IBODE 1 fait remarquer alors : « *...une simple gêne peut devenir problématique pour la chirurgie...* ». Une seule IBODE gère à elle seule l'installation et justifie ainsi : « *...le chirurgien m'avait délégué cette tâche et comme on a le droit avec les actes exclusifs...* ». Une autre IBODE expose que « *...tu es responsable de l'installation...* », en parlant des IBODE. Deux autres relatent que le chirurgien et les aides-soignants installent le patient. Enfin pour l'IBODE 5, l'installation se fait en équipe.

3.2 Gestion des émotions et organisation du travail

3.2.1 Emotions de l'IBODE

3.2.1.1 *Expérience IBODE lors de la première chirurgie éveillée*

Cette section a pour objectif de connaître le ressenti des IBODE envers cette chirurgie. Et ainsi, de démontrer ou non, si cette intervention diffère d'une chirurgie crânienne classique.

Les propos rapportés par la cohorte sont interpellants et les mots définissant cette chirurgie sont forts. Ils sont accentués par des adjectifs tel qu'« *extraordinaire, inimaginable* », des verbes comme « *impressionner* » ou des interjections comme « *waouh* ». Nous avons choisi de reprendre certains dires. L'IBODE 4 : « *...J'avais l'impression de vivre un truc de dingue...* », l'IBODE 5 : « *... La première fois que je me suis habillée, j'ai réalisé qu'il était vraiment réveillé, ça m'a fait un choc...* ». Pour l'IBODE 2 : « *...J'ai vu des patients arriver avec leur piano...C'est quand même inimaginable...Ce n'est pas anodin...La première fois ça m'a fait peur car je me suis dit que ce n'était pas possible d'opérer et d'aller mettre les doigts dans son cerveau alors qu'il était réveillé...* ». Une autre IBODE parle de défi, et exprime le fait d'être impressionné. Ce qui nous amène au thème suivant : les émotions.

3.2.1.2 *Gestion des émotions*

Nous souhaitons identifier si durant cette chirurgie l'IBODE est plus sensible aux émotions et comment elle y fait face.

Une IBODE s'est vue lors d'un entretien, se remémorer une situation difficile durant une chirurgie éveillée. L'émotion l'a submergée. Une IBODE parle de « *prendre du recul* » mais sans aller expliciter plus loin le procédé. L'IBODE 1 explique que les émotions s'effacent « *grâce* » aux champs opératoires. L'IBODE 4, quant à elle, parle de se mettre « *comme dans un état d'autohypnose* ». Elle explique se repasser les temps de l'intervention, en amont et de se mettre dans « *sa bulle* », dès la désinfection chirurgicale des mains. Ce qui lui permet de rester concentré et de bien faire son travail. Elle se dit : « *être assez dans l'émotion* ».

L'IBODE 6 et 7 décrivent rester concentrés pour le bien de l'intervention et du patient et faire abstraction du patient, de « *prendre de la hauteur* ». Une autre cite ne pas écouter le patient lorsqu'elle est instrumentiste. Elle note la difficulté d'entendre le patient de l'autre côté du champ, d'autant plus, lors de moments difficiles où le patient est conscient de ses dysarthries, de ses dysphonies provoquées par la stimulation du cortex. Mais aussi, ne serait-ce que par la douleur, les gémissements ou les soupirs du patient, notamment en fin d'intervention. Une phrase d'une IBODE nous paraît intéressante lorsqu'elle cite : « *...ils vont loin dans ce qu'ils peuvent donner...* ». Les IBODE 2, 4 et 5 notent cette proximité difficile. Les IBODE réagissent différemment. Certaines exigent qu'il faille « *être au clair avec ce genre d'intervention* » afin de ne pas effectuer de transfert comme une autre IBODE qui cite : « *qu'est-ce que je ferai à leur place, est-ce que j'y arriverai ?* ».

3.2.2 Liberté restreinte de l'IBODE face au patient conscient

3.2.2.1 *Restriction de l'espace d'instrumentation*

Nous souhaitons examiner dans ce sous thème s'il y a une restriction de l'espace d'instrumentation et si cette réduction d'espace est assimilée au patient conscient lors de cette chirurgie.

Lors des entretiens tous soutiennent que l'espace est réduit soit du fait du nombre d'intervenants en salle, lors de ces chirurgies (IBODE 1, 2, 4, 6, 7), soit au niveau de la table d'instrumentation (IBODE 2, 3, 6, 7), notamment lors de la chirurgie en décubitus latéral droit. Une seule IBODE (n°1) a trouvé son organisation à propos de la table d'instrumentation, et se sent à l'aise lors de l'instrumentation. Elle note, cependant, qu'il

« *faut bien penser en amont* ». Les autres IBODE expliquent être mal installés lors d'un décubitus latéral droit, vu plus haut. L'IBODE 2 exprime le fait de « *se contorsionner* » et d'avoir très peu de place tout comme les IBODE 6 et 7.

3.2.2.2 *Gestion du bruit*

Nous avons pour objectif de voir si cette intervention est plus calme qu'une autre. Et aussi, d'identifier si le fait d'avoir plus de monde en salle d'intervention apporte forcément plus de bruit.

Nous pouvons penser qu'au vu du nombre d'intervenants en salle, cela peut engendrer plus de bruit. Cependant, tous les IBODE estiment que cette intervention doit se passer dans le calme. L'IBODE 4 rapporte que le bruit doit uniquement provenir des dispositifs médicaux tel que l'aspiration, le dispositif à ultrasons et non du personnel en salle. Néanmoins, une seule IBODE rapporte qu'il y a trop de monde, « *on n'est pas au spectacle* » déclare-t-elle. Tous les autres IBODE affirment que le silence est respecté malgré le nombre de personnes. L'IBODE 3 et 6 justifient ce silence, du fait qu'ils réalisent de l'hypnose, durant cette chirurgie. L'IBODE 4 insuffle que le silence doit être présent afin que le chirurgien et l'orthophoniste entendent le patient. L'IBODE 5 note, elle, l'importance du silence afin que le patient se concentre et comprenne les choses.

3.2.2.3 *Restriction de la communication verbale IBODE*

Nous souhaitons étudier dans cette partie si la liberté de parole est remise en question, lors de cette intervention.

Cinq IBODE notent qu'il y a moins de communication verbale, lors des chirurgies éveillées. L'IBODE 3 souligne : « *...mais parce qu'on est tous rodé, on n'a plus besoin de se parler, c'est fluide, on va reconnaître nos mouvements et nos faciès... ; ... Mais comme tout passe par le regard, on arrive à apaiser...* ». L'IBODE 6 exprime « *qu'il y a peu de communication non verbale, à force, chacun sait ce qu'il doit faire, on marche au regard...* ». L'IBODE 3 poursuit que certains de ses collègues IBODE ne souhaitent pas travailler lors de cette chirurgie car elle pense qu'il n'y a pas « *la libre expression* ».

3.3 Hypnose

Enfin pour finir les résultats, nous allons aborder le terme : « hypnose ». Il n'a pas été identifié lors du cadre conceptuel, ni dans la grille d'entretiens mais a été cité et justifié à plusieurs reprises, lors des entretiens.

Quatre IBODE expliquent que l'hypnose est (ou était) pratiquée, lors des chirurgies éveillées. Trois d'entre elles expriment que l'hypnose les apaise ou apaise l'atmosphère de la salle d'intervention. Une autre va plus loin dans son explication. En effet, elle a remis en question toute sa gestuelle afin d'opérer le « mirroring » en salle d'intervention pour le patient. Elle s'est formée à l'hypnose et à la Trans hypnotique : « ...*Je pense qu'on s'est tous calé les uns et les autres sur nos mouvements, la respiration, le fait d'être dans le mirroring tous ensemble... ça a pris du temps, il faut reprendre toute la prise en charge et l'accueil du patient pour rester dans le positif...pouvoir le suivre (anesthésiste hypnotiseur) et pour pouvoir réguler l'intervention derrière, c'est-à-dire que quand il l'emmenait (le patient) vers la transe hypnotique, je voulais savoir son sujet et savoir sur quoi il l'emmenait. Par exemple, en automne, c'était les bruits dans les pas d'une forêt avec les feuilles mortes et c'était le moment où justement on ouvrait nos sachets. Et donc, je n'avais plus besoin de me poser la question. J'entendais juste ce qu'il disait et je savais quelle action je pouvais faire au moment où il était dans sa transe hypnotique* ». Deux IBODE expriment le souhait d'en faire en expliquant être un plus pour le patient. Une dernière parle de réaliser de l'autohypnose pour éviter un trop plein d'émotions : « ... Quand je me lave les mains, je me mets dans une espèce de repli, de concentration... ».

4. Les limites

Mon côté débutant dans le travail de recherche a été un frein pour la conception de ce mémoire. Notamment dans la recherche d'étude scientifique et la rédaction pour lesquelles je ne suis pas habituée. Cependant, ce travail d'initiation à la recherche m'a donné satisfaction et je ne me ferme pas de barrière dans la suite de mon parcours professionnel.

Cette étude nous donne un aperçu des pratiques IBODE, lors de la chirurgie éveillée. Avec simplement un échantillon de 7 entretiens réalisés, je conçois que nous ne pouvons pas en faire une généralité. Néanmoins, je peux exprimer une tendance.

Une des difficultés que j'ai rencontrée, a été la prise de contact des blocs opératoires de NCH, au niveau national. J'aurais souhaité interroger deux autres centres de NCH mais, ils n'ont pas donné suite.

De plus, lors des entretiens, certaines réponses étaient succinctes et je n'ai pas eu la témérité d'aller plus loin dans les explications données par les interviewés. Du fait de mon manque d'expériences ou par manque d'aisance, cela m'a mis des biais pour mon analyse. De plus, je me suis retrouvée à répondre aux questions sur mes pratiques, durant cette chirurgie.

5. Analyse et Discussions

Les résultats vus précédemment vont être mis en lien tout au long de ce chapitre avec le cadre institutionnel et conceptuel de la première partie et rattachés à de nouvelles sources bibliographiques. Ainsi, ces analyses et discussions permettront dans le dernier point d'affirmer ou non nos hypothèses de départ afin de répondre à notre problématique de recherche.

5.1 Organisation du bloc opératoire dans la chirurgie éveillée

Pour commencer cette analyse, nous allons examiner les différentes organisations des IBODE interviewés. Un seul des blocs opératoires interrogés est spécialisé en NCH, les autres sont polyvalents. Malgré cela, les IBODE sont rattachés au secteur de NCH en étant « *référents* » de cette spécialité ou sont bivalents, couplés avec une autre spécialité. Les blocs opératoires marqués par l'innovation constante amènent les chirurgies à être très pointues et spécifiques. Nous pouvons penser que les organisations font en sorte que le personnel se spécialise et soit sectorisé afin d'être le plus performant possible. Ce qui fait référence à un article paru dans *inter Bloc* (44), à propos de la mise en place d'IBODE référents, par spécialités. Ce bloc opératoire intègre la « *qualité de soins* » et « *les compétences professionnelles* ». En effet, il associe les difficultés techniques des interventions nécessitant un IBODE référent au sein des secteurs et le manque d'effectif sous-jacent. Ceci accompagnant l'expertise des professionnels et son épanouissement dans une gestion efficiente des ressources humaines avec un système de roulement. Il peut être

intéressant d'utiliser ce mode de procédé afin d'éviter des situations stressantes, compliquées, lors de chirurgies quand le professionnel ne connaît pas la spécialité.

De plus, d'autres organisations notifiées dans les résultats suggèrent le patient debout. Nous avons cité au début de ce travail que les patients opérés en chirurgie éveillée n'avaient souvent pas ou peu de symptômes et pouvaient avoir une vie tout à fait normale. De ce fait, ils se déplacent comme tout autre personne. Aussi, la prémédication est minime afin que le patient ait toutes ses capacités, lors de l'intervention. Il convient alors que le patient arrive debout. Le patient va être acteur de sa chirurgie tout au long de l'intervention, il y va de soi qu'il y participe entièrement, dès lors qu'il quitte sa chambre, en NCH. Isabelle Lack soulève dans son étude (45), que lors des transferts à pied vers le bloc opératoire, le patient reste digne et le personnel du bloc opératoire retrouve de l'humain, « *un humain et non un acte chirurgical, un être à hauteur d'homme non dominé* ». Il est intéressant que le patient suive cette thématique qui le rend responsable de sa chirurgie. A ce titre nous reprenons l'argument de l'IBODE 1 : « *Souvent, tu vois des patients ... ils prennent le truc comme ça vient, ils sont... bon on verra bien, je marcherai quand je marcherai. Alors que là, ils ont vraiment envie de bouger, de se bouger !* ». Cette organisation motivera d'autant plus le patient pour la suite.

Les visites préopératoires sont réalisées par certaines IBODE interviewées ou sont en cours de déploiement. Elles sont d'un point de vue de l'estime de soi « *gratifiantes* » et « *passionnantes* » pour le professionnel et sont une plus-value dans la relation soignant/soigné. Le personnel rapporte que le patient « *met un visage* » sur le professionnel et *vice versa*. Cette visite lui permet d'exprimer ses doutes, ses questionnements mais aussi que les IBODE lui expliquent certaines choses concernant l'intervention. Et pour ces dernières, cela permet de se projeter sur l'intervention, « *de voir qu'il y avait une corrélation entre ce que disait le patient et ce que je connaissais de lui* ». Aussi, la visite préopératoire permet de voir comment l'équipe va l'installer pour ainsi planifier une démarche de gestion de risques. Selon l'article R4311-11 du décret du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (18), et dans la partie description de l'emploi type, il y est précisé que : « *dans le cadre de sa prise en charge du patient au bloc opératoire et/ou services associés, l'infirmier de bloc opératoire élabore et met en œuvre une démarche de soins individualisée qui s'inscrit dans le respect de la continuité des soins. Cette démarche débute à la programmation opératoire par un recueil de données ... Elle est poursuivie et réajustée à l'accueil du patient, tout au long de sa présence en secteur*

interventionnel et à sa sortie ». Il en est donc de la compétence IBODE de pouvoir intégrer des visites préopératoires concernant la chirurgie éveillée, dans le but d'une démarche personnalisée de gestion des risques du patient. Ces visites sont toutes aussi importantes pour le patient afin qu'il puisse se mettre dans les conditions de la chirurgie du mieux possible. Lors de mon stage de recherche, j'ai pu assister aux consultations préopératoires avec la neuropsychologue et l'infirmière d'accompagnement, en neurochirurgie. Le patient est conditionné pour cette chirurgie. Lors de ces préparations préopératoires, il se projette à entendre des bruits auxquels il n'a pas l'habitude, dans la vie courante. Aussi, il se prépare à l'installation à laquelle il ne pourra que peu bouger pendant quelques heures tout en ayant la tête fixée. Cependant, en questionnant ces professionnels, la neuropsychologue ne va au bloc opératoire que pour cette chirurgie et l'infirmière d'accompagnement ne travaille pas au bloc opératoire. C'est pourquoi, il en vient ce questionnement : « l'IBODE n'est-il pas le mieux placé pour parler de son univers du bloc opératoire dans lequel il baigne continuellement ? » Enfin, des IBODE interrogés ont défini les visites préopératoires comme étant une plus-value au métier d'IBODE et qui plus est, permettent de remettre de l'humain, dans le bloc opératoire. Ceci met en lien l'analyse de Lina Maward et Nazek Azarans lors de leur étude comparative sur les patients informés ou non en préopératoire. En effet, ils mettent en valeur cet acte qui permet aux IBODE de « *sortir de l'univers clos, purement technique, du bloc, pour établir une relation humaine et personnalisée avec les patients à opérer. Elle (l'IBODE) cesse ainsi d'être un simple agent exécutif et instrumental pour intégrer d'avantage l'ensemble du processus chirurgical dans des dimensions techniques, psychiques, éthiques et humaines. Sa personnalité s'en trouve enrichie à tous niveaux, sa motivation accrue* » (46). Il y a une dynamique à mettre en place avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire afin que cette activité soit valorisée au près des organisations des blocs opératoires notamment auprès des cadres de santé.

Ces organisations permettraient de diminuer l'anxiété du patient en particulier les visites préopératoires. Cette anxiété est liée à l'intervention mais aussi à l'environnement du bloc opératoire tel que les lumières, les divers bruits ... En revanche, le fait d'avoir eu des explications en amont sur le déroulé de l'intervention réduit cette anxiété. Lina Maward et Nazek Azarans mettent un terme à cette relation dite « *tripartite* » entre le patient, l'IBODE et le bloc opératoire dans l'objectif commun d'une « *personnalisation, d'humanisation et d'efficacité* » (46). D'après Dropkin (47), les patients opérés de la tête et du cou notamment dans les tumeurs crâniennes ont un haut niveau d'anxiété. Ces

organisations en amont de l'intervention prennent tous leurs sens, d'autant plus, lorsque celle-ci est en condition éveillée.

Ces deux dispositifs d'organisations complémentaires permettent de renforcer la relation soignant/soigné et de personnaliser la prise en soins du patient comme le définit Walter Hesbeen : « *Prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est-à-dire unique* » (48).

Pour résumé, l'organisation des blocs opératoires permettant des visites préopératoires et une arrivée debout, quand cela est possible, est pour cette chirurgie une piste intéressante afin que le patient se conditionne pour l'intervention et qu'il soit ainsi pleinement acteur tout du long de son parcours de soins. L'IBODE expert de cette spécialisation est essentiel afin de garantir une qualité de soin. Néanmoins, il devra faire preuve d'empathie et d'un savoir-être approprié.

Nous allons désormais étudier comment l'IBODE se place vis-à-vis du patient conscient et qu'elle forme de communication est privilégiée durant cette chirurgie.

D'ores et déjà, tous les IBODE interviewés semblent apprécier cette chirurgie. Une IBODE rapporte le fait que l'ambiance est « *plus paisible* » et que « *le chirurgien se laisse du temps* ». Une IBODE juge que tout le monde n'aime pas travailler lors de ces chirurgies, du fait de la présence consciente du patient. Elle cite : « *beaucoup ne savent pas comment se placer...agir* ». Les avis sont controversés sur cette question de modification du comportement mais ils tendent tous vers une approche différente du patient, remettant de l'humain. Il n'y a pas forcément une modification du comportement comme l'affirme l'IBODE 1 mais « *une adaptation de sa façon de parler* ». Les interviewés relatent qu'un mot, un geste peut être mal interprété auprès du patient et peut porter préjudice pour la suite de l'intervention. Dans l'ensemble, les IBODE sont plus attentifs au confort, au besoin du patient et à ses dires. Ces derniers ne sont plus « *l'épaule* », anonymisés comme le notifie une IBODE. Le fait qu'ils soient endormis habituellement et « *champs* » ramène le geste opératoire au-devant. Lors de la chirurgie éveillée, le patient va être le « chef d'orchestre ». C'est lui qui prend les devants et va être porté par l'équipe opératoire et *a contrario* les professionnels vont être aussi portés par le patient « *on l'encourageait, le félicitait* » malgré la fatigue, la douleur de ce dernier, ce qui rajoute cette dimension humaine. L'intervention dépend en grande partie du patient ce qui fait référence au Dr Picart du CHU de Lyon (49) « *...le lien avec le patient ...se transforme en coaching pendant l'opération...* ». Ce dernier

ajoute aussi que « ...le succès de cette étape est donc encore conditionné par la motivation active du patient ... ». Une IBODE va plus loin dans sa réflexion et explique que le patient fait partie de l'équipe, en y participant activement, tout au long de la chirurgie. Nous nous apercevons qu'il y a toute une dynamique derrière et que l'équipe opératoire s'adapte au patient. En attendant, par exemple, le temps de réveil propre à chaque patient mais aussi en permettant au patient de faire des pauses, tout au long de l'intervention. Ces propos ne coïncident pas forcément avec la littérature où Emmanuelle Zolesio rapporte, lors d'une étude, qu'une certaine « *distanciation du chirurgien pendant le temps opératoire est fonctionnelle, nécessaire pour la réalisation du geste technique* ». Elle explique que des chirurgiens lui ont rapporté faire des malaises lorsqu'ils se projetaient dans la personne du patient. Elle résume alors que « *la distanciation est ainsi quelque chose qu'ils apprennent dans leur formation* » (50). Ce qui justifie le fait « *d'être au clair* » avec ce type d'intervention. De même, cela rajoute la dimension particulière de cette intervention.

La communication semble jouer un rôle important dans la prise en charge des patients, en chirurgie éveillée. Les résultats tendent vers une communication non verbale le plus possible associée à une communication positive. Ceci dans le but de préserver le patient des dires qui pourraient mettre à défaut ses capacités psychomotrices, pendant l'intervention. Aussi, afin qu'il y ait le minimum de bruit possible, dans la salle d'intervention pour pouvoir entendre le patient, ses troubles, lors de la stimulation, par exemple. La communication non verbale tient sa place par le fait que les équipes soit « *rodées* » et qu'il demeure une cohésion d'équipe pas loin de la « *connivence* » avec une « *confiance mutuelle* ». Les équipes semblent avoir bien compris les enjeux de cette chirurgie et chacun paraît comprendre le rôle de l'autre, ce que confirment Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard (29). En effet, ils expliquent dans leur ouvrage, vu dans le cadre conceptuel que les professionnels doivent connaître les compétences de l'autre afin construire une relation de qualité. La communication positive quant à elle, est essentielle lors de cette chirurgie mais qui vaut aussi pour les autres chirurgies afin de minimiser le stress des patients. Ici, le patient est conditionné pour se centrer sur ses exercices. Mais, si les professionnels ne sont pas disposés à utiliser un mode de communication positive et calme, il se peut que le patient soit déstabilisé ou interprète les choses à sa manière engendrant une incompréhension de la situation, voire du stress. Il conviendrait d'utiliser la CNV ou du moins la communication positive. Rémi Etienne explique à ce sujet, l'importance de la façon dont le soignant s'exprime pour assurer une relation de confiance et de sécurité. Tout ceci, dans l'intention

de vivre le plus sereinement possible, une situation anxiogène pour le soignant (51). Il appartient aux professionnels de se former à ce mode de communication pour parfaire cette relation soignant/soigné. Des Diplômes universitaires (DU) existent tel que le DU simulation identifiant les nouvelles méthodes pédagogiques associées aux technologies d'information et de communication en éducation. Le savoir être se mêle alors au savoir-faire. Mais nous allons nous apercevoir que d'autres savoirs faire sont mis en avant dans l'étude.

Dans un premier temps, nous allons examiner la formation des IBODE en chirurgie éveillée. D'après les résultats, 100 % des IBODE sont formés au secteur de la NCH mais pas forcément à cette intervention. Certains IBODE requièrent le fait d'être expert en NCH avant d'être affecté dans ces chirurgies. Ils prennent le soin de se former individuellement ramenant ainsi à l'expertise IBODE et à son professionnalisme, vu plus haut. Les organisations des blocs opératoires diffèrent à la formation des IBODE mais, nous pouvons noter un « *turn over* » des équipes, soulevé par les interviewés. De même qu'une disparité entre le nombre annuel de chirurgies éveillées, des centres questionnés. Ceci peut rendre difficile la notion d'expérience à ce type de chirurgie lorsqu'elles sont espacées dans le temps.

Ce qui nous mène à parler de l'expérience des IBODE en chirurgie éveillée. Nous nous apercevons que lorsque l'IBODE est référent⁷ de la chirurgie, c'est-à-dire expert, il existe alors, une cohésion d'équipe, une confiance avec les autres professionnels. L'IBODE semble épanoui professionnellement et plus investi dans son travail, ce qui rejoint l'article sur la mise en place de référents, vu plus haut (44). L'expérience semble soutenir la communication non verbale importante à ce type d'intervention. Ainsi, la prise d'initiatives paraît aller de pair avec l'expérience et l'expertise IBODE appuyant ainsi le décret de compétences IBODE (17) et la définition du mot compétence, vu dans le cadre institutionnel, s'attachant à un épanouissement professionnel et donc une satisfaction au travail (18).

Lors de ces interventions, l'organisation de la salle d'opération semble être spécifique tant le matériel est important mais aussi par le fait du nombre de professionnels, en salle. En effet, certains interviewés expliquent que les étudiants en médecine notamment dans les centres universitaires sont présents, en plus de la neurologue et l'orthophoniste. Ce qui peut monter à plus d'une dizaine de personnes en salle. Les IBODE semblent bien conscients des risques associés au nombre de personnes en salle d'intervention, en particulier au sujet du

⁷ Le référent selon le Larousse est une personne ayant les compétences ou le pouvoir d'accomplir une mission spécifique auprès d'une personne ou d'un groupe (51).

risque infectieux. Aussi, le patient ne doit pas voir l'environnement opératoire tel que les écrans, les compresses imbibées... Les IBODE cherchent à « *camoufler* » tout ce qui pourrait déstabiliser le patient. Nous notons le perfectionnisme IBODE, dans les propos rapportés par ces derniers : « *tout doit être parfait* », « *un couac le jour d'une chirurgie éveillée n'est pas entendable* », « *on doit donner la perfection* ». Ce qui permet de mettre en lien l'article sur l'expertise et l'implication IBODE de l'IBODE Chloé D'Halluin où elle cite : « *le métier d'IBODE est une profession à part entière, en perpétuelle évolution, en quête de perfectionnement et de développement de l'expertise* » (52). Ce qui rejoint les propos de l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle, mettant en avant « *un haut niveau d'exigence professionnelle ; un désir de bien travailler, d'être dans la perfection, afin d'être capable non seulement de subvenir à la demande, mais également de l'anticiper* » (20). Les IBODE exigent que l'organisation de la salle doit être pensée en amont de l'entrée du patient. Ils justifient leurs propos pour la qualité de soins du patient et qu'il est préférable d'éviter les allées et venues en salle. À ce titre, des IBODE ont réalisé des affiches à placer sur les portes de la salle d'intervention, lors des chirurgies éveillées. Ainsi, avec ces résultats, Il semble important de réfléchir à l'organisation de la salle d'intervention en équipe et en amont du geste opératoire afin que chacun s'adapte au mieux à l'espace, sans gêner l'autre et à la chirurgie pour le bien de l'intervention et donc du patient.

L'installation du patient, quant à elle, est controversée dans les réponses des interviewés. Cela permet de faire le lien avec les actes exclusifs IBODE dans notre décret de compétences (16), où l'installation du patient fait partie de la compétence IBODE, sous protocole. Du moins, en ce qui concerne l'installation du patient car la pose de la têtère de Mayfield est de la compétence médicale. D'après les résultats, nous notons que le patient s'installe de lui-même sur la table d'intervention, en décubitus latéral, et est ensuite endormi. L'IBODE intervient pour l'aider à trouver sa position puis pour la pose d'appuis ainsi que pour l'aide à la mise en place de la têtère de Mayfield. L'IBODE met ainsi tout en œuvre pour une démarche de gestion des risques de qualité, faisant référence au référentiel IBODE.

L'installation reste un moment particulier et indispensable au bon fonctionnement de la chirurgie. Nous l'avons expliqué dans le premier chapitre que l'installation était minutieuse car une gêne due à une mauvaise installation peut devenir problématique pour la suite de l'intervention entraînant une douleur et palliant ainsi à la concentration du patient. L'expérience IBODE et son expertise requise sont indispensables pour ce temps précis. Ainsi, les IBODE expérimentés sont plus à même d'être présente en salle d'intervention.

Au travers de cette première partie, nous avons mis en avant des savoir-être et des savoir-faire durant cette intervention ainsi que les différentes organisations qui s’y prêtaient. La prochaine partie fait part des émotions durant cette chirurgie et des libertés restreintes des IBODE face au patient conscient. Nous allons observer au travers de ces concepts d’autres savoirs.

5.2 Gestion des émotions et organisation du travail

D’après cette étude, les chirurgies éveillées paraissent difficiles à vivre sur le plan émotionnel ou du moins les premières. Le patient conscient redonne une dimension humaine où le soignant est d’autant plus sensible aux faits et gestes de l’opéré. Par la suite, les IBODE semblent adopter des stratégies d’adaptation, comme nous l’avons souligné dans le cadre conceptuel, pour ne pas se laisser submerger par leurs émotions.

Lors des entretiens, le thème des « émotions » était difficile à aborder chez les IBODE et ces derniers sont restés évasifs sur la manière d’y faire face. Nous pouvons imaginer que parler de soi, de ses difficultés n’est pas évident et d’autant plus, avec une personne inconnue. Une IBODE a expliqué au premier abord de ne pas avoir plus d’émotions lors de cette chirurgie mais, c’est vu submergée lorsqu’elle a détaillé une intervention difficile. C’est dire combien la chirurgie éveillée peut être éprouvante, sur le plan émotionnel. Lors de l’étude, l’emploi de locutions de type « *grâce* » semble permettre de laisser de côté cette émotion. Nous pouvons faire le parallèle avec James Gross sur ses stratégies de régulation des émotions, avec notamment ici la « *réévaluation* » consistant à « *changer la façon dont une situation est interprétée afin d’en diminuer l’impact émotionnel* » (36). Ici, on peut relater que lorsque le champ opératoire est posé, le processus de régulation s’automatise afin d’établir une barrière émotionnelle. Les IBODE semblent aussi utiliser une stratégie d’adaptation lorsqu’ils parlent de se mettre dans un « *état d’autohypnose* » ou dans « *sa bulle* » afin de rester concentrer et pour bien faire son travail. Ils présentent alors une compétence émotionnelle (32) dont l’objectif est de se protéger.

Il semble que pour certains IBODE, la proximité avec le patient éveillé est difficile surtout lors de moments complexes où le patient est conscient de ses dysarthries, de ses dysphonies, provoquées par la stimulation du cortex. Aussi, ne serait-ce que par la douleur du patient, ses gémissements ou ses soupirs notamment provoqués par fatigue, en fin d’intervention. Une phrase d’une IBODE nous paraît intéressante lorsqu’elle cite : « *ils vont loin dans ce qu’ils peuvent donner* ». Les professionnels voient le patient, son combat contre

sa maladie. Une des organisations adopte un champ vertical transparent ce qui renforce la proximité avec le patient. Le chirurgien et l'IBODE instrumentiste ne se contentent pas seulement d'opérer en entendant les dires du patient mais le voit travailler en simultané. Ceci rajoute une dimension encore plus étroite avec lui.  tre au plus près de ce dernier, travailler en même temps, alors que la craniectomie est en cours et là toute la dualité de cette situation. Ce qui renforce les propos d'être « *au clair* », durant cette intervention.

Les IBODE réagissent différemment à cette promiscuité. Certains exigent qu'il faille « * tre au clair avec ce genre d'intervention* » pour ne pas effectuer de transfert comme une autre IBODE qui cite : « *qu'est-ce que je ferai à leur place, est ce que j'y arriverai ?* ». Nous percevons que tous ne réagissent pas de la même façon à leurs émotions et que chacun fait face à sa manière. De même, si nous nous référons à *Aristote* ou *Descartes*, les émotions dépendent de nos croyances et de nos connaissances (31). C'est pourquoi, chaque professionnel ne peut agir et réagir de la même manière, aux différentes situations.

Cependant, les IBODE gardent le contrôle et la maîtrise de leur émotions de manière consciente en s'adaptant continuellement aux situations, tout en procédant à un rétrocontrôle (33). Mais aussi, de manière inconsciente par le fait de l'exigence et l'expertise IBODE où chaque faits et gestes est parfaitement maîtrisés pour ne pas extérioriser leurs émotions. Les IBODE ont un haut niveau d'exigence avec eux-mêmes (50) pour ne pas se laisser submerger par les émotions dans l'objectif d'être garant de la sécurité du patient. Ils peuvent les intérioriser de manière inconsciente ce qui pourrait engendrer des troubles physiques ou psychologiques. Il est alors intéressant de connaitre des aides cognitives ou se former à celles-ci, afin de transformer une charge émotionnelle, en chance émotionnelle comme nous l'avons justifié, dans le cadre conceptuel. Car en effet, les émotions apportent une satisfaction et un bien-être au travail quand elles sont bien identifiées et maîtrisées (32).

Cette étude a identifié une gestion des émotions IBODE face au patient conscient, durant cette chirurgie. L'environnement, quant à lui, va être modifié du fait de la conscience du patient engendrant une modification des libertés de travail de l'IBODE.

Tout d'abord, l'espace de travail va être modifié. Les interviewés rapportent plusieurs raisons à cette modification de l'espace de travail. D'une part, le nombre de personnes en salle où chacun doit trouver sa place et laisser un espace de travail suffisant au patient. Ainsi, le patient ne peut voir les dispositifs médicaux cités plus haut, dans l'organisation de la salle. De plus, il paraît essentiel que chaque professionnel ait un espace de travail dédié à chaque corps de métier, sans gêner l'autre. D'autre part, la table d'instrumentation selon le côté

opéré, engendre une modification des libertés. La plupart des IBODE interrogés se disent être « *très* » mal installés et citent se « *contorsionner* », lors d'un décubitus latéral droit. Il paraît important d'essayer de trouver une organisation de travail au vu des risques encourus par les torsions à répétitions, tel que des troubles musculo-squelettiques. Il est tout aussi essentiel de parler de l'ergonomie⁸ dans les équipes de travail. Si nous mettons en lien l'IBODE 1 qui est la seule à avoir trouvé son organisation et l'article de Maryse Boilon sur la pénibilité du travail des IBODE, il en va de sa même conclusion où « *l'ergonomie et une bonne organisation en salle d'opération influencent les activités et le confort de l'IBODE* » (54). Ces faits mentionnent une restriction des espaces de travail de l'IBODE et qu'il est essentiel de trouver une organisation tout en respectant le travail de chacun mais aussi l'espace du patient.

Nous avons détaillé plus haut qu'il n'y avait pas une modification du comportement des IBODE, mais une adaptation de leurs façons de parler. Ce qui limite l'IBODE dans ses dires et doit par la même occasion, adapter le volume sonore. L'intérêt du silence prend tout son sens. Ce dernier est multifactoriel, lors de la chirurgie éveillée. Et, tous les IBODE vont dans le même sens, le silence doit être respecté. En effet, d'une part le chirurgien et l'équipe doivent être concentrés pour opérer dans de bonnes conditions afin de limiter les EIG mais aussi pour la bonne prise en charge du patient. Ce qui vaut aussi pour toutes interventions quelles qu'elles soient. Nous parlons ici du silence en salle d'intervention, sans inclure les bruits des dispositifs médicaux dont les professionnels sont contraints de faire avec. Le patient lui, est préparé à entendre ces bruits lors des visites préopératoires. De même, des fonds musicaux peuvent être appréciés où des études ont été publiées sur les bienfaits réduisant le stress et le temps des actes chirurgicaux (55). Mais, dans ce contexte de chirurgie éveillée, nous l'avons vu, le patient est réveillé et actif. Ainsi, il doit être le plus attentif possible pour que toutes ses fonctions soient centrées sur ce que lui demande le neurologue ou l'orthophoniste. De plus, ces derniers ou même l'opérateur et les IBODE doivent percevoir lorsqu'il existe un trouble, chez le patient. Comment identifier une dysarthrie de ce dernier lorsque le bruit en salle est plus intense que la parole du patient ? Le silence doit être présent pour le bien du patient et pour le bon déroulement de l'intervention. Qu'il y ait plus de monde ne doit pas engendrer plus de bruit. L'équipe maîtrise les enjeux de cette chirurgie et chacun reste professionnel avant tout. Malgré tout, nous concevons qu'il soit

⁸ L'ergonomie selon le Larousse est une étude quantitative et qualitative du travail dans l'entreprise, visant à améliorer les conditions de travail et à accroître la productivité (53).

difficile selon les temps opératoires de respecter ce silence. Il est alors fondamental pour les professionnels de réaliser une communication positive afin de minimiser le stress des patients comme nous l'avons expliqué plus haut. D'après les résultats, les équipes fonctionnent beaucoup au regard et aux gestes. Rappelons que 55% du processus de communication passe par les expressions du visage et du langage corporel (26). Les soignants connaissent leur travail et une communication non verbale se met alors en place, impliquant une cohésion d'équipe. Nous avons mis en avant, dans la partie précédente, l'importance des professionnels d'identifier les besoins de l'autre en comprenant le rôle de chacun pour une haute qualité de communication. Les compétences de l'IBODE notamment avec les actes exclusifs du décret de 27 avril 2022 (17) et l'expertise IBODE venant avec l'expérience acquiescent cette communication non verbale notamment avec les prises d'initiatives IBODE pendant l'instrumentation. Ce qui rejoint le cadre conceptuel, qu'une communication interprofessionnelle réussit favorise une confiance mutuelle et donc une satisfaction au travail.

Le silence en salle est donc dans l'intérêt du patient ce qui engendre une communication non verbale. Cette dernière est réussie dès lors que les professionnels sont experts de cette spécialité.

Du fait que le patient soit conscient et qu'il travaille en parallèle du chirurgien et de toute l'équipe, en salle, favorise une proximité accentuant les émotions de l'IBODE. Quant aux restrictions de liberté, elles ne semblent pas être un point négatif à cette chirurgie au contraire. L'humain est au cœur de la chirurgie éveillée ce qui semble motiver d'autant plus les IBODE en favorisant la relation soignant/soigné. Tout est mis en œuvre pour faire en fonction du patient et de son bien-être.

Nous allons voir qu'une autre forme thérapeutique semble personnaliser et aller plus loin dans la prise en charge du patient.

5.3 Hypnose

Bien que l'hypnose soit réalisée en chirurgie éveillée, nous n'avons pas trouvé pertinent d'aborder ce concept dans le cadre conceptuel étant donné que c'est un acte réalisé en grande majorité par les IADE pour le patient. Pourtant, lors des entretiens ce terme revient régulièrement que ce soit pour parler des émotions, lors de la communication ou bien dans la gestion de salle d'opération.

Il semblerait que nous pourrions aller encore plus loin dans la prise en charge du patient, durant la chirurgie éveillée. Cette stratégie de soins paraît être un atout dans cette organisation. Plusieurs aspects de l'hypnose sont identifiés. En effet, d'après les résultats de l'étude, l'hypnose ne convient pas seulement au patient. Les propos rapportent que cette dernière crée une atmosphère paisible en salle d'intervention et toute une organisation est mise en place pour que chaque professionnel s'adapte au mieux à cette stratégie de soins. Aussi, lors de moments difficiles une IBODE parle de se mettre dans un état « d'autohypnose ».

L'hypnose par définition est « *un processus qui met une personne dans un jeu dynamique, qui mobilise tout son organisme, corps et esprit, en vue de modifier son comportement et sa physiologie.* (56) ». Le processus de l'hypnose est naturel, il peut se produire spontanément ou être déclenché artificiellement. L'approche de Milton Erickson vise à donner au patient la possibilité de développer ses propres ressources pour s'orienter vers le changement (57). Les moyens sont basés sur des processus communicationnels. L'hypnose peut aider à détourner la conscience du moment présent en focalisant les pensées sur des événements agréables et en faisant abstraction de la réalité environnante du bloc opératoire. Le patient en y bénéficiant reste maître de ses actes et de ses gestes ce qui semble approprié pour la chirurgie éveillée. De nombreuses études démontrent les bienfaits de cette pratique lors des interventions touchant tout particulièrement l'anxiété et la douleur du patient. Cette méthode nommée l'hypnoalgésie permet alors de diminuer ces symptômes. Lors de cette chirurgie, le patient réalise des exercices tout au long de l'intervention. L'hypnotiseur fera donc des allers-retours en transe hypnotique⁹ afin que le patient puisse se reposer, faire une pause réparatrice, entre les exercices.

Il existe plusieurs types d'hypnose où le niveau de formation en dépend. L'hypnose conversationnelle est proche de la communication positive, mis en avant dans cadre conceptuel. Elle est associée à une relation de confiance avec le patient qui sera créer en amont, lors des visites préopératoires. Elle permet de recueillir des informations sur le patient tel que ses valeurs, ses origines, ses goûts pouvant être utiles pour la séance. Ce qui met en lien les propos rapportés par certains interviewés, les visites préopératoires vues plus haut et l'étude publiée sur Inter bloc concernant le patient debout et l'hypnose. Cet article démontre qu' il est apprécié d'initier précocement l'hypnose afin que le patient puisse se mettre au plus

⁹ Transe hypnotique : état modifié de conscience où le sujet devient disponible à répondre au thérapeute, en coopération avec celui-ci (58).

tôt dans une transe positive jouant sur l'environnement, dès lors qu'il ait quitté sa chambre d'hôpital (59). L'hypnose conversationnelle va permettre d'amener le patient à focaliser son attention sur un événement agréable faisant oublier son environnement. Cette base hypnotique peut être associée à des techniques de dissociations¹⁰ pouvant aller à une transe hypnotique procurant ainsi un confort extrême. Ces techniques demandent des outils précis et une formation adaptée. Il convient aussi que l'équipe en salle en soit informée afin de lier leurs faits et gestes avec cette transe hypnotique. Citons l'exemple de l'IBODE 3 où toute sa gestuelle est en lien avec cette technique, l'équipe IADE/IBODE n'a plus besoin d'échanger car l'IBODE sait où l'hypnotiseur anesthésiste souhaite dissocier le patient. Elle a ainsi revisité toute sa gestuelle en utilisant le « *mirroring*¹¹ » afin d'être en accord avec cette transe hypnotique amenant ainsi une diminution de la communication verbale en salle et favorisant une communication par le regard, l'écoute et la gestuelle tout aussi importante comme l'explique Albert Meharian dans ces trois modes de communication (26).

Lors de la chirurgie éveillée, le patient est conditionné dès la visite préopératoire de l'hypnotiseur, dans la transe hypnotique. Ainsi, à son arrivé au bloc opératoire, le patient se remet en transe hypnotique rien qu'en se replongeant sur la pensée où il est parti durant la visite préopératoire. À son réveil, il est apte à commencer les exercices avec le neurologue et l'orthophoniste, en parallèle de l'opérateur. L'hypnose est présente pour accompagner le patient dans les moments difficiles et dans les phases de repos afin de vivre la chirurgie, le plus paisiblement possible. L'hypnotiseur quant à lui amènera le patient dans des trances hypnotiques, en faisant des allers-retours aux moments opportuns, voir même entre deux exercices, afin que le patient ait une phase de récupération.

De plus, cette dynamique va favoriser un état d'apaisement en salle, comme le citent plusieurs IBODE durant l'étude. En effet, l'hypnose induite au près du patient, va pour ainsi dire « jouer » sur les professionnels en salle d'intervention, du fait du débit lent de parole de l'hypnotiseur. Il est alors souhaitable que toute l'équipe comprenne le sens de cette dynamique pour ne pas entraver l'hypnose ce qui annulerait tout le bénéfice. Rappelons l'importance de la communication interprofessionnelle où chacun doit comprendre le rôle

¹⁰ Dissociation : phénomène où une personne sous hypnose est capable de séparer différentes parties de son expérience mentale ou physique (60).

¹¹ Mirroring : consiste à reproduire -surtout à un niveau inconscient- la respiration, les gestes, comportements, expressions, positions et tons de son interlocuteur, la plupart du temps, ou même simplement d'une personne à proximité (61).

de l'autre pour entretenir une atmosphère paisible en salle d'intervention mais surtout une cohésion d'équipe (29). Le patient lui-même le sentira et se sentira en sécurité.

L'autohypnose, quant à elle, est une autre forme d'hypnose. Elle fait partie des aides cognitives pour acquérir une intelligence émotionnelle (32) afin de réguler les émotions. La réévaluation cognitive va se mettre en place afin de laisser toutes émotions passées/ vécues, lors de précédentes interventions pour ne pas se laisser submerger par ses émotions. L'IBODE va essayer de modifier une situation pouvant déclencher une émotion, en vue de remanier les répercussions que celle-ci aurait pu déclencher émotionnellement (37). Des courtes séances peuvent être bénéfiques pour réguler le stress, les émotions mais aussi pour gagner en confiance en soi. Il semblerait être bénéfique chez les soignants d'autant plus au bloc opératoire. L'IBODE 6 se dit « *être assez dans l'émotion* » et explique réaliser l'autohypnose avant la chirurgie éveillée pour ne pas être submergée par les émotions, elle ne souhaite pas reproduire une situation négative passée pour ainsi reprogrammer sa façon de penser.

L'hypnose invite le patient, tout comme le soignant, à adapter une attitude dans les difficultés rencontrées lors d'une chirurgie, d'une situation stressante voir angoissante. L'analyse démontre que cette technique de soins inclus de nombreux aspects expliqués tout au long de cette étude, en favorisant une diminution de la communication en salle et en améliorant la cohésion d'équipe grâce à une cohérence d'équipe et privilégie ainsi le bien être en salle. En appliquant une communication hypnotique cela « nous apprend à décrire les émotions comme agréables ou désagréables plutôt que bonnes ou mauvaises et à faire l'expérience de ne pas juger nos émotions » (62). Cela va de pair avec notre sous chapitre sur les émotions où il est essentiel d'adapter chez le soignant des stratégies de régulation des émotions comme l'a expliqué James Gross.

Lors de cette chirurgie, nous avons décrit que le patient est acteur tout du long de son parcours de soins. L'hypnose redimensionne encore plus la relation soignant / soigné en remettant de l'humain durant ce moment chirurgical. Le patient découvre qu'il est possible de bien vivre une chirurgie du cerveau en mêlant hypnose, exercices psychomoteurs et atténuation de la douleur. Tout ceci, dans le but de vivre au mieux une situation, dans une atmosphère pouvant être jugée hostile de l'extérieure. L'hypnose est alors bénéfique pour toute l'équipe de la salle d'intervention qui évolue dans une ambiance calme et détendue.

5.4 Synthèse de l'analyse et discussion

Lors de cette étude nous souhaitons mettre en avant des concepts tel que les émotions et la communication non verbale que nous pensions important durant une chirurgie éveillée. Au début de ce travail, nous avons émis des hypothèses sur notre problématique : « Quelles sont les compétences IBODE misent en exergue lors de la chirurgie éveillée ? »

Au travers de cette étude nous souhaitons les affirmer ou non. Suite à l'analyse des interviews des 7 IBODE, nous avons mis en avant certaines pratiques et observations pendant cette intervention. Cette analyse est un aperçu des pratiques IBODE au niveau national et nous sommes conscients que nous ne pouvons en faire une généralité. Malgré cela, cette étude amène des tendances que nous allons mettre en avant.

Nous avons démontré que le perfectionnisme IBODE excelle durant cette chirurgie du fait de la condition éveillée du patient. L'IBODE apparaît comme le professionnel central et « pivot » de la salle d'intervention comme le décrit Marie-Christine Pouchelle (20) et définit l'installation des dispositifs médicaux (DM) et du patient mais aussi l'organisation de l'environnement de la salle d'intervention. L'analyse rapporte qu'il est possible de trouver son organisation spatiale concernant la table d'instrumentation et qu'il est important qu'elle soit mieux prise en compte par les professionnels.

Le fait que le patient soit éveillé ne modifie pas le comportement de l'IBODE en salle d'intervention, mais modifie sa façon de parler. En revanche, il se pourrait que lorsque la technique de l'hypnose est présente, la gestuelle et le savoir-être sont remis en question avec la transe hypnotique. L'IBODE adapte alors, sa pratique et sa gestuelle en faveur d'une formation spécifique à cette technique, mettant en avant un savoir-faire et un savoir-être modifié.

La communication non verbale est privilégiée pour les praticiens et les paramédicaux pour qu'ils puissent entendre et comprendre le patient afin de déceler un trouble, d'autant plus, durant la stimulation du cortex. De même pour que ce dernier soit concentré sur ses exercices. Nous l'avons vu dans cette étude que la communication est un « art », qui plus est au bloc opératoire, avec les différentes catégories socioprofessionnelles mais aussi, avec le patient conscient où le professionnel n'a pas la libre expression. Cette technique met en avant un savoir-faire spécifique chez l'IBODE auquel il convient d'en être sensibilisé et formé. Cependant, cette forme de communication ne peut aboutir, sans l'expertise IBODE

qui permet de prendre des initiatives lors de l'instrumentation pour devancer les faits et gestes du chirurgien. Ces compétences renforcent alors le savoir-être et faire mais aussi la cohésion et la confiance entre les professionnels.

Enfin, cette étude a permis de mettre en avant le côté humain de cette intervention ce qui diffère des autres chirurgies. Le patient est acteur tout au long de son parcours de soins. Sans sa participation active, cette intervention ne peut aboutir. L'équipe est portée par le patient et l'intervention est centrée sur lui. L'IBODE tient une place importante auprès du patient, dès les visites préopératoires. Cela renforce la relation de confiance avec le patient mis en avant avec cette chirurgie, apportant un savoir-être précis auprès du patient. Toute la gestuelle, le verbal de l'équipe sont en fonction de ce dernier. Ainsi, le patient conscient favorise des libertés restreintes occasionnant des savoir-faire et savoir-être modifiés. Mais cela ne semble pas être un frein aux IBODE interviewés. Nous avons remarqué que les premières chirurgies éveillées, engendrent beaucoup d'émotions déclenchant une gestion des émotions par des rétrocontrôles chez l'IBODE. Ce qui occasionne chez ces professionnels un savoir-faire et être précis demandant une formation en compétences émotionnelles ou du moins une connaissance de soi sur les émotions et leurs risques afin de ne pas être submergés par ces dernières.

D'après cette analyse de résultats, nous avons pu identifier des savoir-être et des savoir-faire mis en exergue lors des chirurgies éveillées mais aussi, lors de la pratique de l'hypnose. Avec le patient, cette chirurgie modifie la façon de parler et favorise une communication non verbale. Enfin, les émotions quant à elles, sont principalement mises en avant lors des premières chirurgies et sont ensuite contrôlées par les professionnels. Ce qui valide nos hypothèses de départ. Malgré tout, ces savoirs ne peuvent être de qualité sans des formations spécifiques nécessaire auprès de chaque IBODE.

Cette étude montre combien l'IBODE est au centre de cette chirurgie. Mais, chaque professionnel a des compétences spécifiques durant chaque étape de la chirurgie éveillée. Il convient à chacun de trouver sa juste place. Les interviewés ont montré qu'il était possible d'organiser les choses à condition bien sûr que chacun identifie le rôle de l'autre. Ceci nous ramène à nos différentes questions émanant de la situation de départ, où les professionnels notamment les IBODE et IADE avaient des difficultés à justifier leur place, face aux nombres de professionnels durant cette chirurgie.

Conclusion

La chirurgie éveillée est une spécialisation dans un secteur opératoire déjà très spécifique. Tous les IBODE ne semblent pas pouvoir travailler dans ce contexte de chirurgie éveillée. D'une part, sur le plan émotionnel mais aussi, vis-à-vis du patient conscient. De plus, du fait de l'hyperspécialisation où il faut maîtriser la NCH, en amont de cette chirurgie.

Cette étude a mis en évidence des compétences IBODE spécifiques, dans le cadre du savoir-faire mais aussi du savoir-être à ce secteur d'activité. De même, cette analyse rapporte des compétences humaines et émotionnelles. Il semblerait que des professionnels puissent mettre en danger cette chirurgie et donc le patient, s'ils ne maîtrisent pas leurs attitudes et leurs émotions. Cependant, ces savoirs ne peuvent aboutir sans concourir à des formations spécifiques notamment sur la régulation des émotions, sur les bases de la communication (positive et non verbale) mais aussi sur la formation en hypnose pour prétendre une prise en charge optimale et personnalisée du patient éveillé. L'expertise IBODE excelle dans ce type de chirurgie, notamment dans les compétences d'assistant de chirurgie du décret de compétences IBODE. Enfin, cette intervention permet de remettre de l'humain dans un contexte parfois déshumanisé qu'est le bloc opératoire. Cette dernière approche semble être une plus-value dans la satisfaction de l'IBODE au travail.

Cette analyse est un état des lieux sur quelques centres de NCH en France et ne concourt pas à en faire une généralité. Malgré tout, cette étude permet de constater que cette chirurgie est particulière et qu'il est important pour l'IBODE de maîtriser certains savoir-faire, mis en avant dans cette étude, corrélés à des savoir-être vis-à-vis des autres professionnels mais aussi auprès du patient. Ce dernier, acteur de sa propre chirurgie, tout au long de son parcours de soins, des visites préopératoires, définit dans cet écrit, jusqu'au cœur de l'intervention où il collaborera avec l'équipe et l'opérateur.

Cette chirurgie riche en émotions met au-devant le patient éveillé. Alors que cette intervention remet de l'humain dans ce domaine d'expertise et au bloc opératoire, l'approche de nouvelles technologies comme le casque de réalité virtuelle ne remettrait-il pas une barrière à l'intercommunication entre le patient et les soignants ?

Bibliographie

1. Palese A, Infanti S. The Experiences of Nurses Who Participate in Awake Craniotomy Procedures. *AORN Journal*. 1 nov 2006;84(5):811-26.
2. Ferrier J. À propos de la Trépanation au Néolithique. *Bulletin de la Société préhistorique française*. 1941;38(7):171-171.
3. Dortier JF. le cerveau et la pensée. édition sciences humaines. 2014. 480 p.
4. Masson E, Crevoisier J, Georget P. EM-Consulte. [cité 15 sept 2023]. 11/11 Le patient aphasique. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/206162/article/11s11-le-patient-aphasique>
5. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Figure: Homonculus. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/figure/homonculus>
6. Menei P. Voyage du cerveau gauche au cerveau droit. edp sciences. les Ulis; 2021.
7. Vidal C. le cerveau évolue t il au cours de la vie. le Pommier. 2010. 64 p.
8. Gaser C, Schlaug G. Gray matter differences between musicians and nonmusicians. *Ann N Y Acad Sci*. nov 2003;999:514-7.
9. Duffau H. L'erreur de BROCA. Michel Lafon. 2017. 235 p.
10. Human Brain Project [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Human Brain Project. Disponible sur: <https://www.humanbrainproject.eu/en/>
11. Duffau H. Chirurgie éveillée des gliomes cérébraux. *Interbloc*. juill 2018;37(3):156-9.
12. Larousse É. imagerie par résonance magnétique fonctionnelle - LAROUSSE [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/imagerie_par_r%C3%A9sonance_magn%C3%A9tique_fonctionnelle/17131
13. Arcier. Chirurgie éveillée du cerveau chez un musicien pour une tumeur du cerveau [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.medecine-des-arts.com/fr/article/chirurgie-eveillee-du-cerveau-chez-un-musicien-pour-une-tumeur-du-cerveau/hodotopie-et-plasticite-cerebrale.php>
14. Bulletin Officiel n°2000-23 [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231614.htm>
15. manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf
16. fiche_pedagogique_secteurs_interventionnels.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_secteurs_interventionnels.pdf

17. Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/2021-09-09/
18. Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000045709081>
19. Apprendre à apprendre : l'accès à l'autonomie [Internet]. 2009 [cité 19 sept 2023]. Le cadre européen des compétences clés. Disponible sur: <https://competencescles.eu/article/le-cadre-europeen-des-competences-cles>
20. Samama G. L'infirmière de bloc opératoire. In: SAMAMA L'infirmière de bloc opératoire. Maloine. Paris; 2022. p. 4. (6).
21. Pouchelle MC. Regard d'une ethnologue sur le métier d'ibode. Interbloc. sept 2008;XXVII(3):182.
22. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 19 sept 2023]. Visite préopératoire de l'infirmière de bloc au patient. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/visite-preoperatoire-de-l-infirmiere-de-bloc-au-patient>
23. Bernard F, Musellec H. La communication dans le soin. Arnette. Paris; 2020. 204 p.
24. Rosenberg MB. les mots sont des fenêtres. la découverte. 2005. 259 p.
25. Larousse É. Définitions : communiquer, se communiquer - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communiquer/17568>
26. Picard M. L'art de décoder le langage des yeux. Béliveau. 2024apr. J.-C. 233 p.
27. Masson E. EM-Consulte. [cité 25 juill 2023]. Le mode de relation et de communication au bloc opératoire. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/840345/le-mode-de-relation-et-de-communication-au-bloc-op>
28. Milton E. L'hypnose thérapeutique. ESF. 2017. 208 p. (Art de la psychothérapie).
29. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Erpi. Québec; 2016. 824 p. (paramédical).
30. Karaki samah. Le travail en équipe. Dunod. Malakoff; 2021. 192 p. (Les carnets Soft Skills).
31. Reeve J. Psychologie des émotions. De Boeck Supérieur. Bruxelles; 2017. 684 p. (Ouvertures psychologiques - International).
32. Vulgaris-medical [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Emotions (bases neurophysiologiques). Disponible sur: <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/emotions-bases-neurophysiologiques/>

33. Cowen AS, Keltner D. Self-report captures 27 distinct categories of emotion bridged by continuous gradients. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 19 sept 2017;114(38):E7900-9.
34. SM234_P038-043_DESEILLES.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: http://www.mentalhealthsciences.com/publications/pdf/SM234_P038-043_DESEILLES.pdf
35. DESSEILLES M, MIKOLAJCZAK M. Réguler ses émotions dans le soin. *Santé mentale*. janv 2019;(234):6.
36. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. mai 2002;39(3):281-91.
37. Christophe V, Antoine P, Leroy T, Delelis G. Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *European Review of Applied Psychology*. 1 janv 2009;59(1):59-67.
38. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs
39. Damasio AR. Le Sentiment même de soi Corps, émotions, conscience - Poche - Antonio R. Damasio - Achat Livre | fnac [Internet]. Odile Jacob. 2002 [cité 27 sept 2023]. 479 p. (Poche Odile Jacob). Disponible sur: <https://www.fnac.com/a1306993/Antonio-R-Damasio-Le-Sentiment-meme-de-soi>
40. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;81(2):21-7.
41. JODELET D. Aperçus sur les méthodologies qualitatives | European / International Joint Ph.D. in Social Representation and Communication [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.europhd.net/bibliographic-item/aper%C3%A7us-sur-les-m%C3%A9thodologies-qualitatives>
42. Student.be [Internet]. 2023 [cité 11 sept 2023]. La différence entre une enquête qualitative et quantitative. Disponible sur: <https://www.student.be/fr/student-life/quelle-est-la-difference-entre-une-enquete-ou-etude-de-marche-quantitative-et-qualitative/>
43. Delhomme TMP. Les projets de recherche en psychologie sociale. Armand Colin. 2002. 224 p. (cursus).
44. Masson E. EM-Consulte. [cité 4 janv 2024]. La polyvalence Ibode, l'expérience du bloc pluridisciplinaire du centre hospitalier de Montauban. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/267128/article/la-polyvalence-ibodec-l'experience-du-bloc-pluridis>
45. Masson E. EM-Consulte. [cité 9 nov 2023]. Le patient debout au bloc opératoire. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1041370/le-patient-debout-au-bloc-operatoire>
46. Maward L, Azar N. Étude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire. *Recherche en soins infirmiers*. 2004;78(3):35-58.

47. April 2001 - Volume 24 - Issue 2 : Cancer Nursing [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://journals.lww.com/cancernursingonline/Pages/toc.aspx?year=2001&issue=04000>
48. Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital. Elsevier Masson. 1997. 208 p.
49. Chirurgie éveillée : opérer avec l'aide du patient | Actualité | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon [Internet]. [cité 9 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/chirurgie-eveillee-operer-avec-laide-du-patient>
50. Zolesio E. La relation chirurgien-patient. « J'ai pas fait parleuse ». Sciences sociales et santé. 2012;30(4):75-98.
51. Etienne R. boîte a outils de l'hypnose dans les soins [Internet]. Dunod. 2021 [cité 8 nov 2023]. 224 p. Disponible sur: <https://www.fnac.com/SearchResult/ResultList.aspx?Search=boite+a+outils+de+l%27hypnose+dans++les+poin&sft=1&sa=0>
52. Masson E. EM-Consulte. [cité 15 janv 2024]. Ibode : implication et expertise. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1376237/article/ibode-implication-et-expertise>
53. Définitions : ergonomie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ergonomie/30778>
54. Masson E. EM-Consulte. [cité 9 nov 2023]. L'Ibode a-t-elle "bon dos" ? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/83496/l-ibode-a-t-elle-bon-dos>
55. Lies SR, Zhang AY. Prospective Randomized Study of the Effect of Music on the Efficiency of Surgical Closures. Aesthet Surg J. 1 sept 2015;35(7):858-63.
56. Qu'est-ce que l'hypnose ? | Toulouse Hypnose Médicale [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <http://toulouse-hypnose-medicale.fr/quest-ce-que-lhypnose/>
57. Institut Français d'Hypnose [Internet]. [cité 10 févr 2024]. Hypnose Ericksonienne. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne/>
58. Qu'est-ce qu'une transe hypnotique ? - INCEM [Internet]. [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.incem.fr/quest-ce-quune-transe-hypnotique/>
59. Masson E. EM-Consulte. [cité 10 févr 2024]. Patient debout sous hypnose et modification de la perception environnementale. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1317783/article/patient-debout-sous-hypnose-et-modification-de-la->
60. Qu'est-ce que la dissociation en hypnose ? [Internet]. TRANSEMISSION. 2021 [cité 10 févr 2024]. Disponible sur: <https://transemission.com/quest-ce-que-la-dissociation-en-hypnose/>
61. Arcanis. Hypnose et Mentalisme: Le Mirroring. [Internet]. Hypnose et Mentalisme. 2011 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://hypnosementalisme.blogspot.com/2011/03/le-mirroring.html>
62. Célestin-Lhopiteau B. source Hypnoanalgésie et hypnosédation. Dunod. 2020. 400 p.

Annexes

Annexe 1 : cartographie du cerveau	I
Annexe 2 : guide d'entretiens	II
Annexe 3 : demande d'autorisation d'interviews	IV
Annexe 4 : retranscription d'entretiens.....	V
Annexe 5 : tableau des résultats	XXIV
Annexe 6 : grille d'analyse de résultats	XXVII

Annexe 1 : cartographie du cerveau

Photographie d'une cartographie du cerveau durant une chirurgie éveillée



Annexe 2 : guide d'entretiens

Bonjour,

Je me présente, je suis Yolaine SALAUN. Actuellement en école d'infirmiers de bloc opératoire au CHU de BREST, je suis ici pour effectuer un entretien dans le cadre de mon travail d'intérêt professionnel.

Ma recherche porte sur la chirurgie éveillée. Cet entretien est anonyme et garant de confidentialité. Avant de commencer, est ce que vous êtes d'accord d'être enregistré ?

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Années d'expérience, nombre d'années en NCH

2. Comment s'organise votre bloc ?

- *Bloc polyvalent ? privé/public ?*
- *Nombre de personnes dans l'équipe*
- *Que d'IBODE ?*
- *Toujours les mêmes IBODE ?*
- *Par an/ semaine, le nombre de chirurgie ?*
- *Visites préopératoires IBODE ?*

3. Pouvez-vous m'expliquer votre rôle durant cette chirurgie ?

- *Accueil / Installation / Gestion de la salle ?*
- *Circulante et instrumentiste*
- *Instrumentation, espace restreint ?*
- *Communication non verbale / expérience et prise d'initiatives ?*

4. Avez-vous été formé à cette chirurgie ? souhaitez-vous une formation ?

Propre initiative, équipe, formation complémentaire

5. Comment percevez-vous cette chirurgie alors que le patient est conscient, est ce que cela modifie votre comportement en salle ? et pourquoi ?

- *Ressentis*
- *Gêne ou aisance avec le patient ?*
- *Moments propices à une modification de comportement ?*
- *Comment percevez-vous le fait de travailler simultanément du patient alors qu'il réalise ses exercices ?*

6. Cette intervention vous semble-t-elle plus stressante qu'une autre ? pourquoi ?

7. Au bloc opératoire, nous sommes plutôt habitués au patient endormi, ressentez-vous des émotions à ce type de chirurgie ? *(Ce n'est pas anodin d'avoir la tête fixée en même temps que de faire des exercices ...)*

- *Comment appréhender la régulation de vos émotions ?*
- *Prêtez-vous attention au patient durant la chirurgie (quand vous êtes instrumentiste)*

8. Comment percevez-vous la communication interprofessionnelle durant cette chirurgie ?

- *Difficultés de communication ?*

- *Des tensions ?*
 - *Plus fluide quand le personnel est expert ?*
 - *Communication non verbale accentuée*
9. Comment décrirez-vous le niveau sonore de la salle durant cette chirurgie ?
- *Environnement plus calme ? est-ce gênant ?*
 - *Beaucoup de monde*
 - *Qui coordonne cet environnement ?*
 - *Mettez-vous en place des mécanismes pour y pallier*
10. Avez-vous entendu parler de nouvelles stratégies concernant cette chirurgie ? axes améliorations

Annexe 3 : demande d'autorisation d'interviews

Exemple de demande d'autorisation d'interviews :

RE: demande d'autorisation pour entretien EIBO

BC BERGOT Cecile <C.BERGOT@ghu-paris.fr>
A : Yoaine SALAUN
Cc : DURAN Mathilde <maduran@ghu-paris.fr>

Ven 20/10/2023 12:05


Bonjour Madame,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à notre établissement et plus particulièrement pour le Pôle Neuro Sainte Anne. Je vous informe que nous donnons un accord pour votre demande d'entretien dans le cadre de votre mémoire de fin d'étude. Je vous invite à prendre contact auprès de Mme DURAN Mathilde ma.duran@ghu-paris.fr afin d'organiser les modalités de votre venue. Je vous souhaite une très bonne continuation pour la fin de vos études.









Bien cordialement

Cécile BERGOT
Cadre Supérieure de Santé
Direction des Soins


Phone: 01 45 65 85 24 / 88 47
Mobile: 06 82 48 87 91
Email: c.bergot@ghu-paris.fr
Vous pouvez également nous suivre sur twitter : @GHUParis
<https://www.ghu-paris.fr>

 **GHU PARIS**
PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES

Face au Coronavirus, il existe des gestes simples pour préserver votre santé et celle de votre entourage :

-  Se laver les mains fréquemment
-  Porter un masque quand on est malade
-  Éviter les foules
-  Éviter les poignées de main
-  Éviter les transports en commun
-  Éviter les lieux publics
-  Éviter les rassemblements
-  Éviter les lieux publics

Je choisis le GHU Paris



Annexe 4 : retranscription d'entretiens

I. Retranscription entretien IBODE 1

Bonjour,

Je me présente, je suis Yolaine SALAUN. Actuellement en école d'infirmiers de bloc opératoire à CHU de BREST, je suis ici pour effectuer un entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études IBODE.

Ma recherche porte sur la chirurgie éveillée. Cet entretien est anonyme et garant de confidentialité. Avant de commencer, est ce que vous êtes d'accord d'être enregistré ?

IBODE : Oui pas de soucis, et on peut se tutoyer si tu veux, ce sera plus simple.

Yolaine : Ok très bien. Alors, on va commencer. Peux-tu me parler de ton parcours professionnel ?

IBODE : Je suis issue d'une promo de 2007, du CHU de la cavale à Brest, j'ai travaillé par la suite en clinique, à Toulouse, et, je suis partie à Tahiti en réanimation, c'était une réanimation polyvalence avec notamment la neurochirurgie où j'ai vécu pendant deux ans. J'ai pu travailler sur pleins de domaines différents. A l'issue des deux ans, j'ai fait un voyage itinérant en Asie, où je faisais du bénévolat dans les dispensaires et je suis rentrée en France, au bout de 6 mois. Je suis revenue à Toulon car ma famille y était. Puis, je me suis engagée avec l'armée parce que c'est ce qui m'offrait le plus d'opportunités de formation. Donc, d'abord, en réanimation, à nouveau puisque c'était un domaine qui me passionnait et du coup, j'ai découvert les brûlés et le bloc des brûlés. Et, ensuite, j'ai demandé à être au bloc central. Au bloc central, il y avait tout type de spécialités, donc neurochirurgie, orthopédie, viscéral, la seule chose qu'on ne faisait pas était la gynéco/cardiaque et ... les enfants. Donc au début, j'étais référente d'urologie et d'ophtalmo, rien à voir. Et, très vite, j'ai vraiment appris à découvrir la neurochirurgie avec des anciennes IBODE qui connaissaient la spé, depuis très longtemps. *Pause.* Je suis partie à l'école en 2016, J'ai eu des enfants, entre temps. Je suis partie à l'école en 2016, où j'ai pu faire un stage en neuropédiatrie à l'APHM, à Marseille. Et, j'ai passé mon diplôme d'état, à la Timone, en neurochirurgie.

Yolaine : Quel parcours !

IBODE : Donc, ça c'était passionnant, c'était vraiment super. Ça me donnait vraiment une autre image de la neurochirurgie. Parce qu'on ne fait pas du tout le même type de pathologies. Quand j'ai fini ma formation, je me suis spécialisée du coup, dans la neurochirurgie, j'ai demandé à être référente dans cette spé, même si on faisait de tout. J'ai appris beaucoup sur la neurochirurgie et quand j'ai été ... calé ... bien calé et référente... On avait un chirurgien qui était encore interne, encore à l'époque (*nom prénom*) qui elle, voulait se former sur la chirurgie éveillée. C'était son objectif professionnel... Donc, elle est allée se former à Montpellier.

Yolaine : D'accord, ok. Très bien.

IBODE : Chez Mr Duffau, qui est un référent national et elle a fait son semestre là-bas et donc elle a appelé le chef sur Toulon en disant : « ben voilà, j'aimerais bien que X qui est référente de NCH se forme ».

Yolaine : Ah super !

IBODE : Pour pouvoir monter ça à Toulon. Donc du coup, je suis allée 3 jours, en stage, à Montpellier. Euh...chez Mr Duffau, donc là c'est vraiment... Euh...enfin, le conditionnement de la chirurgie éveillée est extraordinaire ... Enfin, plus parce qu'il accueille pleins de gens, tout le temps, y a beaucoup ... alors il parle anglais, il parle tout du long enfin non, il ne parle pas, d'ailleurs, pendant la chirurgie, il parle avant et après mais, jamais pendant, il n'y a pas un mot. C'est assez extraordinaire ...et euh ... et du coup, je suis rentrée, chez nous, à Toulon et, on a monté ce projet-là, donc de faire la chirurgie éveillée donc ... Elle, bah, dans la consultation et puis, moi dans la mise en place des matériels, ... des protocoles et de la formation des autres aussi puisque tout seul tu fais pleins de choses mais ce que j'ai mis en place surtout c'était ...euh... et c'est ça qui est passionnant, je trouve c'était les consultations pré op et post op...

Yolaine : Ah ok, ben justement j'allais te poser la question si tu en faisais !

IBODE : Voilà. Et donc systématiquement, j'allais voir les patients avant, après...

Yolaine : Tu allais les voir quand la veille ou quelques jours avant ?

IBODE : La veille parce qu'ils rentraient la veille.

Yolaine : D'accord.

IBODE : Je les voyais avant en consultations par contre, je travaillais avec les neuropsychiatres euh ... les psychomotriciens euh... et tout ça, les orthophonistes et ben les chirurgiens et les anesthésistes. Donc, du coup, on avait une partie du dossier déjà avant, et puis, après ..., donc voilà, un petit peu le parcours. J'ai été muté, il y a un an sur Brest.

Yolaine : D'accord. Très bien.

IBODE : Mais il n'y en pas à Brest.

Yolaine : Non seulement au CHU...

IBODE : Mais, c'est pour des raisons familiales, enfin voilà.

Yolaine : Du coup, tu es restée en NCH combien de temps ?

IBODE : Et ben, je suis restée en NCH de 2013 à 2022 (*en comptant l'école*) et sur la chirurgie éveillée pendant trois ans.

Yolaine : Du coup c'était distinct des autres spés de chirurgie, ou tu étais tout le temps en NCH, en chirurgie éveillée ?

IBODE : Alors, à chaque fois qu'il y avait une chirurgie éveillée, c'était moi, par contre en NCH j'étais fréquemment, mais pas tous les temps. Mais aussi, comme on faisait des gardes. Mais sur la fin, j'étais plus que la seule référente de NCH donc, c'est vrai qu'il fallait former beaucoup de jeunes.

Yolaine : Vous étiez nombreux dans l'équipe ?

IBODE : Alors nous étions 40, y a 10 salles opératoires et en NCH on était 3 référents.

Yolaine : Du coup, vous tourniez sur tous les secteurs ?

IBODE : Oui, oui sur tous les secteurs.

Yolaine : Ok, silence. Alors peux-tu me définir ton rôle durant cette chirurgie ?

IBODE : Alors d'abord, je faisais tout ce qui est installation. L'accueil et l'installation puisque ... tu en as vu des chirurgies éveillées ?

Yolaine : Oui oui.

IBODE : Je ne sais pas comment ils font au CHU, mais chez nous, nous on installait le patient avant de les endormir. C'est-à-dire qu'on mettait en position chirurgicale avant de les endormir, et on les endormait en décubitus latéral, du coup. Donc, on les pré-positionnait

bien, c'est eux qui se mettaient, on mettait les cales là où il fallait. On avait fait faire des coussins... euh, à mémoire de forme pour mettre entre les cales et les patients pour éviter que ce soit douloureux. On avait fait faire ça chez Abloc, c'est une société qui fait des super trucs. Donc, euh... du coup, on les installait, donc moi, je participais à cette installation parce que le chirurgien m'avait délégué cette tâche et comme on a le droit avec nos actes exclusifs ben du coup c'était parfait. Donc du coup, j'installais avec mon collègue circulant par la suite et les IADE et ensuite je m'habillais. Donc, mon rôle était surtout l'instrumentation. La préparation de la table et aussi tu sais...pendant l'exérèse, tu notes Je ne sais pas s'ils font ça ici, mais... je notais chirurgicalement sur un papier ou une bande collante euh ... qu'est-ce qu'on fait et à tel endroit. Par exemple, tu sais ils mettent des petits numéros sur le cerveau, en 1, une dysphonie, en 2, une aphasie etc....donc moi, j'étais chargée de lister ça et le chirurgien prenait ça en photo après, et ça lui permettait d'avoir ça après pour voir s'il y avait un impact, après la chirurgie. Sur les séquelles transitoires qu'il y avait après derrière.

Yolaine : Ok et du coup, tu trouves que par rapport à d'autres chirurgies crâniennes, tu trouves qu'il y avait un espace restreint au niveau de la table d'instrumentation ?

IBODE : Non, ça ne changeait pas vraiment, on avait trouvé une bonne configuration, on en a essayé plusieurs, parce que ... par rapport à ce qu'il y avait à Montpellier ben ... Ce n'était pas les mêmes espaces, le bloc était vraiment grand mais pas configuré pareil, eux c'était un rectangle, nous c'est un carré. Donc, il fallait, voilà, juste trouvé le truc, et finalement on avait trouvé une organisation qui fait que quel que soit le côté qu'elle opère à droite ou à gauche, je me positionnais toujours de la même façon, à sa main droite, je lui donnais les instruments sur une table mayo, en fait, mon instrumentation, au fur et à mesure, était là. Mes temps opératoires étaient là et elle pouvait prendre sa bipolaire toujours à sa main droite puisqu'elle était droitrière, peu importe comment elle opérait. Non, donc, pas de difficulté particulière mais par contre faut bien penser en amont. En fait, le tester plusieurs fois.

Yolaine : D'accord. Et vous en faisiez beaucoup ? C'était hebdomadaire, mensuel ?

IBODE : Alors, non la première année forcément, le temps du recrutement. Peut-être 4/5 la première année et quand je suis partie on en faisait 4 par mois.

Yolaine : Ah oui quand même !

IBODE : Donc, ça devenait plus fréquent !

Yolaine : Est-ce que la circulante était toujours la même personne ?

IBODE : Alors, j'avais formé deux personnes, il y en avait une qui était IBODE et l'autre qui était IDE mais tous les deux référents NCH. Par contre, j'avais demandé à ce que les gens qui soient sur les chirm éveillées soient déjà des référents de NCH. Ou en tout cas, s'ils avaient envie de faire la chirm éveillée, il fallait déjà qu'il fasse de la NCH bien ... parce que...en tout cas moi mon rôle ce n'était pas que de la chirm parce que pour pouvoir faire des entretiens pré op et post op, il faut que tu en connaisses une bonne partie et il faut que tu comprennes comment fonctionne le cerveau, qu'est-ce qu'on va attendre comme désordre. Et du coup, ça nécessitait qu'ils aient fait quand même pas mal de NCH avant et qu'ils comprennent bien comment ça fonctionne. Parce que sinon, je ne voyais pas trop l'intérêt. Si c'est pour circuler comme sur n'importe quelle chirurgie bah... c'est dommage.

Yolaine : Du coup, je reviens sur les visites pré op, qu'est-ce que ça apporte de plus ?

IBODE : Pour nous ou le patient ?

Yolaine : Hum... pour les deux.

IBODE : Alors, par rapport à ne pas en faire, ce que ça apporte pour soi, professionnel, déjà pour ce type de chirurgie particulière, tu sais, il y a des moments pendant la phase d'éveil où les orthophonistes posent des questions aux patients, il y a des tests mais il y a aussi du langage libre. Moi, ça me permettait de voir qu'il y avait une corrélation entre ce que disait le patient et ce que je connaissais de lui. Pour me dire, oui ça, oui c'est vrai ou là, non ! Ça part en sucette. Donc, euh... auditivement, ben, j'étais aussi capable car y avait un champ vertical de TFNA, là, les transparents, donc auditivement, ça me permettait de savoir si on était dans le vrai. Je trouvais ça intéressant d'avoir en amont aussi un recueil de données sur tes patients et leurs façons de vivre à la maison euh le nombre d'enfants, le nom de leurs enfants etc, etc... tu rentres, un peu, dans l'intimité du patient mais, en même temps, mais, en même temps, c'est nécessaire car tu vas en avoir besoin pour la chirurgie.

Donc, ça c'est la première chose, la chose la plus intéressante à mon goût. La deuxième, c'est que ça permet de le voir physiquement, donc tu vas pouvoir anticiper à savoir comment tu vas l'installer, s'il va falloir que tu prévoies des géloses à certains endroits, s'il est corpulent, euh... tu vois pleins de choses. Est-ce qu'il a déjà des douleurs ... arthrosiques, s'il a été opéré d'une épaule alors, du coup, ça lui fait mal, donc euh... Voilà. Est-ce qu'il est sujet aux torticolis, est ce que... Tu vois, pleins de choses qui vont permettre de dire attention ! Pour l'installation, il faut que je fasse ça, ça, ça... Un recueil de données en fait,

que tu n'as pas le temps de faire réellement quand tu accueils tes patients au bloc. Tu as des infos mais pas autant.

Et puis, aussi pour le patient, je pense que c'est sympa d'avoir euh ... Tous les retours moi, que j'ai eu, c'est qu'ils sont contents d'avoir quelqu'un qu'ils connaissent. En fait, ils connaissent tout le monde, toute l'équipe et ils arrivent au bloc, ils arrivent à pied, on y va à pied, enfin, tu vois on ne le fait pas en brancard. On fait, vraiment, de l'accueil à pied parce qu'ils sont capables. Et puis, ben, ils connaissent tout le monde. Ils nous connaissent par nos prénoms. C'est plus facile pour le dialogue, plus facile pour tous.

Yolaine : C'est bien ! Et au niveau de cette chirurgie, est ce que tu as une modification de ton comportement par rapport aux autres chirurgies, comme le patient est conscient ?

IBODE : Alors oui ça modifie, le comportement, je ne sais pas, puisque professionnellement c'était à peu près les mêmes choses mais ça modifie au moins ta façon de ...de... parler dans la salle puisque du coup, on parlait très peu. C'était assez silencieux, alors que d'habitude, c'est toujours un peu enfin, on papote, on raconte notre vie enfin tu vois comment ça se passe la chirurgie. Il y a des moments importants où t'es concentrée et puis d'autres moments tu racontes ton Week end. Là, du coup non ou du moins très peu puisque là, la phase où il est endormi et la phase où il se réveille est assez courte finalement, donc, tu n'as pas trop le temps de papoter... Donc, effectivement, le comportement est modifié peut-être là-dessus, après dans le reste du ... non pas spécialement. Moi, j'étais concentrée de la même façon.

Yolaine : Tout à l'heure, tu disais que tu étais concentrée, mais en même temps, tu as une oreille qui écoute le patient lorsqu'il fait ses exercices. Il y a des moments pouvant être douloureux pour le patient, fatiguant, est ce que tu trouves qu'au niveau de tes émotions, tu en a plus, dans cette chirurgie-là ?

IBODE : Alors, plus d'émotions non... plus d'attention oui.

Yolaine : ok très bien.

IBODE : Plus d'attention parce que tu sais que tu vas évaluer les conséquences, en fait. Euh...*Silence*. Quand tu fais une exérèse comme ça en chirg éveillée ...euh t'essaies d'enlever le maximum d'accord, mais il faut que le bénéfice soit entier pour le patient. Il faut que sa façon de réfléchir reste la même donc par exemple euh... il faut qu'une table reste une table mais pas que. C'est la table à la maison. C'est pour ça que la rééducation se fait à la maison d'ailleurs. C'est la table de la maison sur laquelle je vais mettre les sets de

table la vaisselle, les couverts. On va manger, ça a une histoire la table ce n'est pas juste une table chez Ikea, tu vois. Donc, émotionnellement, non, je n'ai pas eu de souci particulier. Par contre, sur la concentration ou sur la perception des choses ouai. T'es vachement plus attentif puisque y a pleins pleins de petits détails auxquels tu dois faire gaffe. Pour que ça se passe le mieux possible et du coup, tu interagies beaucoup enfin, moi, en tout cas, j'interagissais, en tout cas, beaucoup, avec le chirurgien. On avait une confiance l'une et l'autre, mutuelle. C'est à dire que je lui donnais les instruments sans qu'elle me parle, elle savait ce que j'avais et si je lui proposais quelque chose plutôt qu'autre chose, elle savait qu'il y avait un intérêt derrière parce que on avait confiance.

Yolaine : Du coup ça devient important l'expérience, de connaître tous les temps opératoires, l'instrumentation, et il n'y a pas moins de communication verbale ?

IBODE : C'est ça, il y a beaucoup moins de communication verbale mais par contre, du coup, cette communication non verbale effectivement, il faut que tu sois pointue sur ce que tu fais. Ça ne s'improvise pas. Tu ne peux pas te dire en disant euh... Allez c'est bon, j'ai déjà vu un crâne ça va le faire !

Yolaine : Avec l'expérience tu n'as pas l'air, enfin ça ne te stresse pas plus qu'une autre intervention ?

IBODE : Ah non pas du tout, absolument pas. Au contraire, c'est tellement gratifiant pour nous. A une époque où on est tellement peu nombreux, on est réduit à faire de la circulation ou, fin, notre métier est réduit à pas grand-chose alors là, encore plus avec les trucs des mesures transitoire qu'ils vont nous sortir mais euh... ça me rend dingue enfin c'est comme ça. Bref, c'est dotant plus intéressant et bénéfique et gratifiant pour nous, dans notre travail que c'est génial de pouvoir faire ça. Et, j'aurais adoré si j'étais restée, oui peut être plus tard, je n'en sais rien, je trouve ça hyper intéressant qu'on peut adapter ça à d'autre type de chirurgie. Un patient qui vient pour une DPC ce n'est pas commun et de pouvoir avoir un dialogue comme ça, préopératoire, post opératoire. Y a pleins de spécificités, dans pleins de spé et ça pourrait être très intéressant et malheureusement on n'a pas toujours le temps, le nombre de personnels. En tout cas moi, le temps je le prenais. Les entretiens pré op post opé « je n'en avais rien à faire », pour moi s'était établi donc euh... quand j'avais fini le lendemain, par exemple, que j'avais un post op, quand j'avais fini ma matinée opératoire, j'allais manger et après, j'allais voir mon patient. Les chariots je les faisais après, je me débrouillais. Ce n'était pas ma principale organisation.

Yolaine : Du coup, c'était possible avec l'organisation, les cadres ... C'était organisé ?

IBODE : Oui, on avait demandé l'autorisation des cadres, dans le service que nous allions passer. Et puis, voilà, j'allais. Les filles me voyaient, elles savaient que je venais. Ou alors, elles savaient et si le patient était au scan elles me disaient repasse dans une demie heure. Silence. Souvent, j'allais les voir en civil, les patients. Pas forcément en blouse blanche, puisque je trouvais plus intéressant d'avoir un contact. Et puis, c'est impressionnant quand tu vas après euh... tu t'attends à pleins de choses. Tu vas ouvrir la porte, tu ne sais pas ce qu'il y a derrière. Puisque on a fait ça, on a fait ça et donc, potentiellement, on peut avoir ça, une petite aphasie, une déviance. Ou des fois, j'ai ouvert la porte, j'ai trouvé le patient debout, je me suis dit que je m'étais trompée de chambre. Je te jure, et là tu le regardes c'est impressionnant !

Tous les patients que j'ai pu voir, ils avaient une volonté de dingue. C'est des patients qui sont hyper proactifs sur ce qui va se passer. Euh... Je ne sais pas si c'est le circuit qui fait ça où alors, c'est parce qu'on est une équipe entière autour d'eux et qu'ils fassent partie de l'équipe parce que moi, j'en faisais souvent. C'est vous qui allez bosser, ce n'est pas moi, c'est vous qui allez travailler pour que ça se passe bien. Donc du coup, je les trouvais tous, tous les patients que j'ai pu voir, ils étaient vraiment hyper dynamiques dans leur prise en charge, motivés, euh... Souvent très soutenus aussi. Et c'est ça que je trouve super. Souvent, tu vois des patients ils sont ... ils prennent le truc comme ça vient, ils sont euh tu vois ... bon on verra bien je marcherai quand je marcherai. Alors que là, ils ont vraiment envie de bouger, de se bouger. Silence.

Yolaine : Tout à l'heure tu disais qu'il n'y avait pas un mot dans la salle, il y plus d'intervenants, chacun arrive à trouver sa place ?

IBODE : Non, nous il n'y avait pas plus de monde, hormis l'orthophoniste. Par contre, j'avais fait des panneaux « silence neurochirurgie éveillée en cours », donc n'entrez qu'en cas d'urgence. Et, le chirurgien faisait vraiment en sorte que les gens respectent ça. C'est une super chirg et elle a un caractère où elle te dit nan... Et, quand elle te dit nan, tout le monde comprenait. Elle était jeune ... quand je suis partie elle avait...28 ans

Yolaine : Ah oui ? effectivement

IBODE : Oui, elle était très très jeune. Mais, passionnée.

Yolaine : Quand tu parles, on sent qu'il y a une cohésion entre tous les professionnels, j'allais accès un peu sur les tensions en salle, mais qui n'a pas l'air d'être le cas chez vous. Tout le monde a l'air d'interagir ensemble.

IBODE : Oui et puis on avait l'habitude de travailler ensemble sur d'autres types de chirurgies, tout ce qui était exérèses de tous les crânes, les rachis car il y avait les deux. Donc, on avait l'habitude de travailler ensemble déjà et de travailler toujours ensemble dans ce type de chirurgie, ce qui fait que la confiance et mutuelle et est totale donc, je te dis ...j'installais le patient, elle arrivait, elle lui faisait juste coucou et voilà elle ne touchait à rien, elle savait que s'était installé comme elle voulait euh... Que le patient pouvait faire ses gestes. Tu sais quand il a des mouvements de bras à faire donc euh... on avait vraiment bien pensé tout, au départ. La toute première, on avait toutes les clés mais fallait juste bien les organiser ... donc tu vois, je te mets la table droite, à gauche, je ne sais pas trop enfin, comment tu es le plus à l'aise. On a un peu tâonné au début sur la première en termes d'organisation par contre on avait tous, on avait déjà tout. On avait fait en sorte de ramener de Montpellier euh... vraiment tout. On avait les références produits, on avait les coussins... Et, puis, on avait testé sur nous, les installations. Donc euh ...On se mettait dans la salle et se mettait sur la table et on s'allongeait puis on... rires... je reviens dans 10 min hein ! Puis, au bout de 10 min on se disait ben ça fait mal dans le dos ou tu vois...

Yolaine : Donc tu ressentais vraiment les choses ?

IBODE : Et puis, on demandait après au patient au post opératoire. Est-ce qu'il y avait quelque chose. On avait eu une patiente un jour, c'était une petite dame... pas naine, mais vraiment petite avec des petits segments et tout. Et donc, dans l'installation mine de rien, enfin pas de difficulté mais ce n'était pas facile de la mettre en position comme elle était toute tassée euh... et je me souviens qu'en post op, elle avait un sacré torticolis tu vois, elle était coincée comme ça. En fait, on avait dû légèrement la mettre en hyper extension d'un côté parce qu'il fallait qu'elle puisse voir l'écran. Et puis, elle s'en est plaint. Pas longtemps.

Yolaine : Oui, puisqu'une simple gêne peut devenir problématique pour la chirurgie.

IBODE : Oui, parce qu'après ils étaient réveillés au moins une heure, ça peut-être long.

Yolaine : Vous, vous utilisez de l'hypnose ou juste une sédation ?

IBODE : En fait non, parce que personne n'était réellement formé. Par contre, y a des collègues IADE qui travaillaient beaucoup sur euh... pas l'hypnose conversationnelle mais

tu sais euh... l'apaisement par la parole, des voix calmes, du coup on avait aussi choisi nos collègues IADE pour ça, celles qui avaient des voix calmes. Vraiment, au début et au moment du réveil. Du coup, c'était apaisant, même si ce n'était pas de l'hypnose. C'est vraiment apaisant quand même. Mais, ça aurait été sympa d'associer les deux.

Yolaine : Ben c'est bien ! Merci beaucoup, on voit que tout est organisé en équipe. En rapport aux émotions...

IBODE : Par rapport à ça justement, je me souviens d'un professionnel... euh... quand tu opères un patient, les émotions s'effacent grâce au champ opératoire, par exemple tu n'opères plus qu'une partie, d'accord, un cerveau, une main...euh... D'ailleurs, souvent on dit : qui est ce qui fait l'épaule ?

Yolaine : Oui, c'est déshumanisé.

IBODE : Oui, c'est ça. D'autant plus quand tu es sur la table, tu vois un morceau... c'est vrai hein, et ça permet de mettre les émotions de côté. Le fait d'avoir ton patient, vivant, oui subitement parce qu'on opère... rires... le fait d'avoir un patient et nous en plus on mettait en champ transparent donc on le voyait bouger et communiquer et ben du coup ça te renvoie là... il est là quoi... Euh. Je suis là avec les mains dans le cerveau ... Waouh... D'où l'intérêt, je pense, d'être bien au clair avec ce que tu fais, de bien connaître la spé par rapport à ... par rapport à d'autres organisations où le personnel ne connaît pas cette intervention, ben je trouve ça limite dangereux, et indécent pour les gens que ce soit pour les patients ou pour les soignants de mettre des personnels qui ne connaissent pas. D'une, tu les mets en difficulté grandement et de deux tu créer un climat euh... opératoire qui est stressant et qui est à mon avis répercuté sur le patient et du coup, ben la phase où il ou elle est censé être en complète euh... interaction avec la psy ou l'orthophoniste pour avoir son travail... car il est indispensable car sinon tu ne fais rien ben, il est à moitié foutu en l'air. Silence. C'est dommage.

Yolaine : Et ben, je crois que nous avons fait le tour des questions. C'est très complet et c'est bien de voir comment ça se passe ailleurs. Tu apportes beaucoup de choses. Je te remercie.

IBODE : Ben il n'y a pas de quoi, c'est avec plaisir et si tu as d'autres questions n'hésites pas !

II. Retranscription entretien IBODE 2

Bonjour,

Je me présente, je suis Yolaine SALAUN. Actuellement en école d'infirmiers de bloc opératoire a CHU de BREST, je suis ici pour effectuer un entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études IBODE.

Ma recherche porte sur la chirurgie éveillée. Cet entretien est anonyme et garant de confidentialité. Avant de commencer, est ce que vous êtes d'accord d'être enregistré ?

IBODE : Oui bien sûr.

Yolaine : Alors on commence. Combien d'années d'expériences as-tu en NCH et en chirurgie éveillée ?

IBODE : Alors que je calcule... J'ai eu mon diplôme IBODE en 2000 et je suis arrivée en 2010 à la Cavale Blanche au CHU de Brest, j'ai fait un peu de garde pendant 5/6 ans et ensuite j'ai fait 6/7 ans de NCH. Donc que de la NCH... depuis 6 ans.

Yolaine : Vous êtes une équipe de combien ? Est-ce que l'équipe change ?

IBODE : Alors il y a 6/7 infirmiers en NCH, le bloc est un bloc polyvalent et donc, nous sommes sectorisés et normalement l'infirmier présent est compétent en NCH.

Yolaine : Est-ce que vous êtes amenés à faire des visites préopératoires en chirurgie éveillée ?

IBODE : Alors, il me semble que quand je suis arrivée en NCH...il me semble que quand je suis arrivée sur la garde, c'est les gens qui étaient allés se former à Tours. Et, à Tours, ils en faisaient. Du coup, ils en avaient parlé et je pense qu'au début ils en faisaient. C'est G qui est partie en retraite depuis et, je crois qu'elle devait au moins voir les patients la veille avec

l'infirmier anesthésiste. Et puis, après ça c'est perdu. Les IADE continuaient à faire les visites pré op parce qu'au départ, c'était des IADE spécialisées en hypnose et donc formées à l'hypnose et c'était important qu'elles connaissent le patient, ses centres d'intérêts etc... Pour savoir dans quel angle aborder le patient et nous on a été assez vite exclu de tout ça en fait. Je ne sais pas par quel processus mais en tout cas, des visites pré op, je n'en ai jamais vu.

Yolaine : Tu parles au passé concernant les IADE, elles ne font plus d'hypnose ?

IBODE : J'ai l'impression, car la dernière fois que j'ai parlé avec une IADE déjà, au départ on avait déjà très peu d'IADE, on avait que des IADE qui étaient formées à l'hypnose et donc elles devaient être deux ou trois et à chaque fois qu'on faisait une chirurgie éveillée, c'était l'une ou l'autre de ces IADE. Et, donc là, maintenant, ça c'est effectivement perdu car maintenant, ce n'est plus des infirmières formées à l'hypnose. J'ai l'impression que toute la partie hypnose a été retirée. Enfin, j'entends plus, enfin, j'ai l'impression qu'il n'y a plus de conversation hypnotique, à la fin du moins. Et, là j'ai l'impression que les infirmières découvrent un petit peu la semaine même, qu'elles font la chirurgie éveillée donc, je ne pense pas qu'elles le font.

Yolaine : Est-ce que tu trouves une différence avec et sans hypnose ? il y a plus de tensions ?

IBODE : Euh ... ah ben c'est devenu le bazar ! rires...les dernières fois oui. Et puis, l'anesthésie a pris plus de place, en fait. Avant, on partageait plus de choses, maintenant, l'anesthésie a pris plus de place. C'est eux qui installent le patient avant qu'il dorme. Donc, finalement nous on est réduit. Je trouve qu'on a perdu beaucoup de terrain. On préparait beaucoup en amont. Mais le patient, on le voit un peu en salle de réveil quand il arrive, on discute un peu, on se présente... On fait l'accueil tous ensemble mais après c'est assez vite les infirmiers anesthésiques qui prennent la main. A Brest, ils ont pris le parti de l'installer, de mettre en décubitus latéral avant de l'endormir. Donc, maintenant c'est eux qui gèrent l'installation, c'est même plus nous. C'est eux qui voient avec le patient, s'il est confortable, donc, nous, notre rapport avec le patient se limite, j'ai envie de dire, juste à l'accueil.

Yolaine : Et du coup, quel est ton rôle dans la chirurgie éveillée ?

IBODE : Et Ben du coup, je trouve que ... rires ... j'ai plus vraiment de rôle. Je sais qu'il faut une ambiance normalement apaisée, donc là, on essaie de faire plus apaisée que d'habitude, c'est-à-dire qu'on respecte plus le silence, l'installation du patient et tout ça. Mais mon rôle ... rires.

Yolaine : Et au niveau ton rôle, tu es de circulante, instrumentiste ?

IBODE : Je fais les deux. En tout cas moi quand je suis en circulante, j'essaie de camoufler, d'aménager le mieux possible la salle pour que le patient soit le plus à l'aise possible. On camoufle l'horloge, on essaie de mettre les orthophonistes, la neurologue à l'aise en donnant tous leurs petites affaires et nous et ben on essaie de se faire le plus discret possible. On cache nos machines, on cache l'imagerie pour que le patient ne les voit pas, pour pas que ça vienne stresser le patient. Autrement ... en tant qu'instrumentiste, je fais attention pour tout ce qui est infiltration pour qu'il y ait... qu'on applique bien les règles pour injecter dans les muscles temporaux pour que le patient n'ait pas mal au réveil. Et puis, on vérifie que le patient n'ait pas mal au réveil et on réinjecte si besoin.

Yolaine : Est-ce que tu trouves qu'au niveau de l'instrumentation, il y a une différence avec une autre chirurgie crânienne ?

IBODE : Oui, il y a quelques petites spécificités. Oui, à part qu'on est très mal installé. Car on a très peu de place et qu'on se contorsionne tout le temps. Sinon, je n'ai pas l'impression. C'est plus au niveau de l'installation et toute la préparation en amont qu'il y a une différence.

Yolaine : Et par rapport à la communication avec le chirurgien, est ce qu'il y a moins de communication avec lui pour garder cet apaisement, tu devances les choses ?

IBODE : Alors déjà, je trouve que les chirurgiens sont beaucoup plus paisibles durant cette intervention parce qu'en fait ils se laissent le temps ; Ça c'est un avantage, on est pas du tout pris par le temps. C'est appréciable. Et, ils sont plutôt détendus. C'est fluide. En tout cas moi, j'aime assez faire les chirurgies éveillées car en terme de communication c'est bien.

Yolaine : Avec ton expérience, tu trouves que tu es stressée durant cette chirurgie ?

IBODE : Alors ça m'est arrivée. Moins maintenant, parce qu'en terme de prise en charge anesthésique, je ne sais pas. En tout cas, il y a eu des patients qui vivait très mal la chirurgie éveillée, et ça, pour moi c'était stressant. Parce que je supporte assez mal que le patient soit douloureux et c'est vrai qu'au début il y avait des patients qui trouvaient le temps long, qui s'agitait et ... les fins de chirurgies étaient pénible.

Yolaine : Et qu'est-ce que tu ressentais à ce moment-là ?

IBODE : Et ben je le vivais mal, ben c'est un peu un échec même si ... je me disais qu'est-ce qu'on aurait pu faire ? même si moi, en tant qu'IBODE, je ne pouvais y changer grands choses en fait. C'était plus les fins d'intervention qui était pénible euh...

Yolaine : Et comment tu faisais pour réguler ce stress ?

IBODE : Et ben déjà, on ne peut montrer au patient et on faisait tout pour... de toute façon, il fallait finir l'intervention et de faire le plus vite possible, que ce soit le moins douloureux possible en fait, mais on essayait de faire au mieux, mais à la fin d'être délicate, d'être douce, d'être dans la communication positive avec le patient, on l'encourageait, on lui disait que c'était bien, euh...

Yolaine : Donc, c'est quand même une ambiance particulière quand le patient est conscient ?

IBODE : Ah oui, c'est une ambiance particulière mais euh... mais je trouvais que la prise en charge c'est dernier temps, il n'y avait plus cette douleur en fin d'intervention. Mais, c'est vrai que c'est stressant. Silence. Quand je disais est ce que ça me stressait euh... non ce n'est pas du stress. Tu as raison quand tu dis est ce que c'est comme une chirurgie classique, non quand même pas. D'un point de vue gestuel si, mais euh non... on est beaucoup plus attentif à ses réactions, à ses ... c'est vrai que souvent on écoute ses réactions, maintenant que tu me le dis, je me replonge dedans, euh... j'écoute souvent les réponses des patients et s'il ne perd pas le fils et comme ça, j'ai des alertes sur euh... Je garde un œil sur le chirurgien et un œil sur l'écran et j'écoute ce qui disent. Mais les chirurgiens aussi écoute parce que tu vois des fois, ça m'arrive de dire : « tiens-moi, je n'aurais pas répondu ça », donc en fait, je me dis euh... silence.

Yolaine : Et, est ce qu'une visite préopératoire t'aurais apporté plus ?

IBODE : Je pense que j'aurais apprécié, oui, parce que c'est une personne. Autant, quand ils dorment, qu'ils sont complètement champés, ils deviennent anonymes, là, c'est une personne. C'est une vraie personne qu'on entend parler, qui a des douleurs, des émotions. Oui, j'aurais bien aimé effectivement voir qu'est ce qu'il y a derrière cette personne que je vois, pendant que quelques heures. Mais, voir comment elle envisage les choses, discuter avec elle avant, voir ce qu'elle ressent. Savoir si elle est confiante et si, elle est complètement angoissée. J'aurais voulu aussi mettre une personnalité sur euh... et eux aussi qu'ils mettent une personnalité sur nous. Silence. Souvent, je me suis dit : « est ce que j'aurai leur courage pour oser le faire » ? Je me dis : « waouh faut vraiment faire confiance à l'équipe » et parce que là on remet sa personne, complètement entre les mains de ... de d'autres personnes et de se dire est ce qu'on va avoir mal. Et, c'est bien aussi pour d'autres personnes de mettre un visage sur les gens qui vont l'opérer. Qui vont être là, mettre un visage, des prénoms et

savoir un peu quel est notre état d'esprit euh... Comment on envisage les choses, les rassurer... Mettre de l'humain.

Yolaine : Quand tu disais que l'anesthésie avait repris ce rôle dans l'installation, comment sens-tu la communication dans l'équipe ? par rapport à avant ?

IBODE : ... Je n'ai pas envie de critiquer mais non il n'y a pas vraiment de ... Ben en fait à partir du moment où on n'en fait plus souvent, enfin plus souvent, routinier n'est pas le mot... mais ce n'est pas une routine, mais ce n'est pas récent mais maintenant, ça s'est installé, il y a peut-être moins... de ... et peut être que ceux qui sont le plus en phase avec le patient c'est l'anesthésiste, qui doit, elle, le voir. Je ne connais même pas les orthophonistes. C'est quand même fou. En fait, elles arrivent, le patient est déjà champé, installé donc normalement on ne fait pas trop trop de bruit. On essaie de garder une ambiance paisible. Donc ces gens-là, je ne les connais pas et je ne pourrai pas mettre un visage dessus. Je ne connais même pas leurs prénoms. C'est quand même fou, en parlant de cohésion d'équipe c'est ... Voilà, celle qui fait un peu l'interface, c'est la neurologue quand même, qui passe des deux côtés du champ ou l'anesthésiste. Sinon, en termes d'anesthésie... euh... souvent on leur prépare les appuis et après ben nous, pendant qu'ils installent, on ne peut pas dire qu'il y a une grosse cohésion d'équipe.

Yolaine : Ok très bien. Et concernant le bruit, est ce que tu peux me dire si ...

IBODE : Moi j'ai vu des patients, maintenant ça me fait sourire car je me remémore, c'est parce que j'ai vu des patients arrivés avec leur piano et waouh... c'est quand même inimaginable, personnel donc voilà, ce n'est pas anodin, et c'est dernier mercredi, il y avait pleins pleins de monde. Et, au final, tu as des spectateurs partout et euh... souffle... On n'est pas au spectacle. Certains ont presque envie de sortir leur téléphone portable, tu es obligé d'aller leur dire, là pour le coup, je trouve que c'est une chirurgie à part. Même si, j'ai dit que ... rire... en termes d'instrumentation, je n'avais peut-être pas bien cerné la question tout à l'heure. Silence. C'est vraiment quelqu'un qui est conscient. Là ouai, je pense qu'il faut qu'on apporte une attention particulière à ces personnes. Et avoir autant de monde, je ne suis pas sûre que ce soit bien.

Yolaine : Qui régule le nombre de personnes à ce moment-là ? Est-ce que ça apporte plus de bruit du coup que la norme en chirg éveillée ?

IBODE : Moi, je pense qu'il y a trop de monde alors que ça devrait être intimiste, et puis euh... Oui, ça fait plus de bruit oui... y a des interactions avec le patient. Est-ce que ... si les

étudiants parlent entre eux quand même... j'avoue que quand je suis habillée, je suis concentrée et j'avoue que je fais assez abstraction des choses. Mais, souvent, ça me gêne quand même qu'il y est autant de monde en salle. Car, déjà tu es obligé de surveiller tes tables, ton environnement et je trouve que ce n'est pas le moment pour qu'il y est autant de monde. Même, si je peux comprendre que ce soit une chirurgie à voir mais ... non, il n'y a personne qui régule. L'anesthésie, non, ne régule pas car j'ai l'impression que comme c'est la neurologue et l'orthophoniste qui interviennent, j'ai l'impression qu'ils se mettent un peu en retrait, tant que le patient en termes de constantes et de douleur ça va. Et, je pense que si y a quelqu'un qui doit faire le gendarme, c'est plutôt le circulant qui doit aller dire, allez on range le téléphone, et on arrête de bouger dans tous les sens.

Yolaine : Quand tu parles de circulant, c'est un IBODE ?

IBODE : Alors c'est aléatoire. Au début, il y avait des gens qui avaient été formé. Au début, je parle comme une vieille...rires... et ben, c'était G et G donc c'est elles qui faisaient les premières chirurgies et oui, après le but était de former les gens de la spécialité mais maintenant, il y a eu une telle dérive que tu peux te retrouver avec des gens qui ne connaissent pas ou qui sont de d'autres spécialités.

Yolaine : Et du coup, quelle est l'état d'esprit de la salle quand il y a quelqu'un de nouveau ou non formé ? tu peux arriver en NCH et être d'emblée en chirurgie éveillée ?

IBODE : Oui, ben si c'est ton horaire et être là ce jour-là, oui. Et, pour faire la chirurgie éveillée, on ne nous demande pas particulièrement de changer, ni d'avoir des compétences. C'est pareil avec les IADE. Avant, ils changeaient spécialement, c'était spécialement un infirmier qui avait la formation en hypnose et là, les dernières chirurgies éveillées que j'ai faites, c'était des gens qui ne connaissaient pas. Donc, là il y a un book qui est fait avec les installations les photos, le book il est très bien fait mais en fait, elles prenaient le book et moi je leur sortais tous les appuis comme ça elles n'étaient pas en difficultés et elles avaient toutes les affaires mais elles ne connaissaient pas plus que ça en fait.

Yolaine : Et tu penses que les nouveaux ou les non formés sont plus stressés ?

IBODE : Ah oui oui oui. Sur les chirurgies éveillées, elles sont plus stressées. Mais par contre, il y a une constante c'est toujours une anesthésiste qui est formée. Chez les IBODE normalement, il y a toujours un qui connaît. Mais du coup, ça fait plus de stress. Il faut que tu sois quand même bien installé, tu ne peux pas prendre à la légère. Un couac le jour d'une chirurgie éveillée n'est pas entendable. Tu ne peux pas faire ça au patient, il est réveillé, c'est

déjà assez dur pour lui, c'est une épreuve et il lui, il fait tout ce qu'il peut ! Nous, on doit donner la perfection.

Yolaine : Pour finir, as-tu entendu parler des nouvelles stratégies thérapeutiques concernant la chirurgie éveillée ?

IBODE : Alors on n'a pas beaucoup de formation, en nch et en fait quand on demande des billets de sortie, c'est difficilement réalisable. Je sais que les nouveaux chirurgiens... Là, il y a une nouvelle chirurgienne, elle a été se former à Tours, faire un semestre spécialement pour la chirurgie éveillée, elle a amené des petites spécificités. Mais, ce n'est pas des gros changements. Mais, je pense qu'ils en font ailleurs et différemment mais moi, je n'ai pas de notion.

Yolaine : On ne t'a pas parlé par exemple, du casque de réalité ?

IBODE : Alors oui, mais en vasculaire. Je sais qu'un moment, il y a des ingénieurs qui venaient mais on n'a pas été mis dans la boucle. On n'a pas beaucoup d'informations. On est juste réduit à notre fonction... On peut donner pleins de choses et euh... on n'utilise pas nos compétences et ce que l'on peut apporter. Mais, peut être que c'est notre faute, c'est peut-être nous qui n'avons pas été assez demandeur et que les choses se sont dégradés. Ce n'est peut-être pas le mot car le patient est toujours bien pris en charge euh... mais, notre rôle c'est un peu mis au second plan et on a laissé faire sans vraiment réagir.

Yolaine : Revenons aux émotions, comment tu fais pour réguler tes émotions ?

IBODE : Je prends du recul parce que je suis une professionnelle donc j'essaie de prendre du recul. J'essaie de chercher des solutions pour améliorer... Alors attends, quand le patient se plaint, quand c'est difficile, ben moi, j'ai envie que ça se passe bien mais, le plus vite possible.

Yolaine : Tu fais abstraction du patient ?

IBODE : Non non ben non, on ne peut pas en chirurgie éveillée, exactement comme quand ça saigne mais c'est juste que, j'ai cette empathie, c'est normal je suis infirmière, mais après, je ne pense pas que ça affecte ma façon d'instrumenter. Le but c'est que ... ça se passe bien et que le chirurgien fasse son geste le plus vite possible. Après, je ne peux pas faire grand-chose. Mais, je prends du recul. Le but est de ne pas paniquer mais ça, c'est l'expérience. On a cette expérience et on a de toute façon... on la prend cette hauteur pour ne pas se laisser submerger par euh... par la panique, par le stress par euh... Il ne faut pas que ça nous fasse

perdre les moyens. Voilà, non le sang-froid, on l'a, mais, c'est plus à titre personnel que c'est difficile. C'est à titre personnel. Oui, je trouve ça difficile parce que c'est quelqu'un, je pourrai être à sa place, ça pourrait être quelqu'un de ma famille et que euh... Je n'aime pas quand le patient souffre, on est là pour soigner les gens pas pour leur faire du mal et en fait là tu te dis : « waouh, il va loin dans ce qu'il peut donner » et, c'est super courageux, donc voilà. Silence. Plus c'était difficile, plus je les félicitais. Après, j'avais tendance à leur faire des petites caresses sur le visage. Bravo les gens. *Emotions*. Excuse-moi... Je reprends. Oui, y a beaucoup d'émotions en chirurgie éveillée. Mais, ces émotions-là, je les ai quand je suis instrumentiste et quand je suis proche du patient. J'entends les soupirs, j'entends ses réponses, j'entends ses difficultés, j'entends ce qu'il dit. Euh... En circulant, tu l'as moins car tu n'entends pas tout ça et t'es moins proche. Tu le vis un peu comme ta réussite ou ton échec. On est tous ensemble. C'est vrai que ces patients-là, je demandais les suites, comment ils allaient. Et souvent, on a comme retour que c'est les fins d'interventions qui sont douloureuses, pénibles. Et donc, je sais que c'est là-dessus qu'ils ont travaillé et d'ailleurs, c'est beaucoup mieux depuis quelques temps, c'est plus apaisé.

Yolaine : Te souviens-tu de ta première chirurgie éveillée ?

IBODE : La première fois ça m'a fait peur car je me suis dit : « mais ce n'est pas possible d'opérer quelqu'un qui est réveillé et d'aller mettre les doigts dans son cerveau alors qu'il est réveillé ». Et, ça m'a ramené au film le silence des agneaux. Ah ouai, ça m'a fait carrément peur. À la fin de l'intervention, j'étais déjà plus rassurée. J'avais peur de l'image qu'on s'en faisait. Tu opères le cerveau alors qu'il est réveillé !! Ça ne me semblait pas envisageable. J'étais pleines d'émotions. C'est après que j'ai appris à apprécier les chirurgies éveillées. Car, je me dis qu'en terme de gain pour le patient c'est bien et euh... c'est toujours une chirurgie pleine d'émotions. Et avant, je reviens sur l'hypnose, il y avait B qui en faisait et sa voix, dès le début de l'intervention apaisait. M'apaisait. Le fait de parler calmement avec une voix particulière et elle nous reprenait pour être dans la communication positive. Par exemple, j'avais dit une fois : « ça va vous n'avez pas froid ? » elle m'avait interrompu en me disant : « est-ce que vous êtes bien au chaud ». Mais, je trouvais que ça faisait une ambiance paisible dans la salle. Voilà.

Yolaine : Et ben, merci beaucoup pour toutes ces informations, et je me m'excuse de t'avoir fait ressurgir des émotions... C'était très intéressant.

IBODE : Mais de rien, j'espère que ça t'aidera.

Annexe 5 : tableau des résultats

Tableau des résultats réparti en thèmes et sous thèmes :

Catégorie	Thèmes	Sous thèmes	Objectifs
Compétences IBODE dans la chirurgie éveillée	Profil IBODE	Polyvalence/ Organisation	<i>Identifier si l'organisation du bloc fait en sorte que ce soit toujours la même équipe</i>
		Visites préopératoires	<i>Identifier s'il y a des visites préopératoires au niveau IBODE et leurs intérêts pour l'IBODE</i>
	Savoir être	Travailler dans le contexte du patient conscient	<i>Connaître les attitudes et comportements pendant cette chirurgie Examiner s'il y a une gêne ou au contraire une aisance avec le patient ? Savoir comment est perçu le fait de travailler en simultané avec le patient qui réalise des exercices psychomoteurs</i>
		Communication	<i>Identifier les formes de communication La communication non verbale est-elle mise en avant dans cette chirurgie Identifier si l'expertise de l'IBODE aide dans la communication non verbale</i>

	Savoir-faire	Formation Contrôle de la salle Installation du patient Expérience	<i>Mesurer l'accessibilité à la formation</i> <i>Identifier l'organisation de la salle</i> <i>Identifier ce qu'y diffère d'une autre chirurgie</i> <i>Identifier les professionnels réalisant l'installation</i> <i>Identifier si l'expérience apporte moins de stress</i> <i>Identifier l'expertise en lien avec prise d'initiatives au niveau de l'IBODE instrumentiste</i>
Gestion des émotions et organisation du travail durant cette chirurgie	Emotions de l'IBODE	Expérience IBODE de la première chirurgie éveillée Maitrise des émotions	<i>Identifier en quoi cette chirurgie diffère d'une autre chirurgie crânienne.</i> <i>Identifier ce que ça a pu provoquer chez le professionnel lors de leur première chirurgie éveillée</i> <i>Identifier s'il existe plus d'émotions dans ce type de chirurgie chez l'IBODE</i> <i>Identifier les mécanismes qui se mettent en place pour cadrer ou se détacher pour rester concentrer</i>
	Liberté restreinte de l'IBODE face au patient conscient	Restriction de l'espace d'instrumentation	<i>Identifier sa position et l'ergonomie de l'IBODE</i> <i>Identifier si elle diffère d'une autre chirurgie</i>

		<p>Gestion du bruit</p> <p>Restriction de la communication verbale IBODE</p>	<p><i>Identifier si la salle d'intervention est plus calme durant cette chirurgie malgré le nombre d'intervenants</i></p> <p><i>Identifier si le fait qu'il y a plus de monde entraîne plus de bruit</i></p> <p><i>Identifier si la liberté de parole est remise en question</i></p>
Ouverture		Hypnose	<p><i>Qualifier l'hypnose et les différentes techniques</i></p> <p><i>Identifier ce que peut apporter l'hypnose pour l'équipe opératoire et l'IBODE</i></p>

Annexe 6 : grille d'analyse de résultats

Catégorie	Thèmes	Sous thèmes	« Quelles sont les compétences IBODE mises en exergue lors de la chirurgie éveillée ? »
<p>I. Compétences IBODE dans la chirurgie éveillée</p>	<p>A. Profil IBODE</p>	<p>1) Polyvalence/ Organisation</p>	<p><i>Identifier l'organisation des blocs opératoires. Est-ce qu'elles font en sorte que ce soit toujours la même équipe ?</i></p> <p>IBODE 1 : « ... Ils arrivaient à pied... »</p> <p>IBODE 1 : « Alors à chaque fois qu'il y avait une chirurgie éveillée, c'était moi... ... je faisais en sorte d'y aller... par rapport à d'autres organisations où le personnel ne connaît pas cette intervention, ben je trouve ça limite dangereux et indécent pour les gens... »</p> <p>IBODE 2 : « ... Si c'est ton horaire et être là ce jour-là, oui. Et, pour faire la chirurgie éveillée, on ne nous demande pas particulièrement de changer ni d'avoir des compétences... »</p> <p>IBODE 3 : « ...Toujours les même IBODE en chirurgie éveillée...On a le planning des chirurgies éveillées en avance et j'essaie d'être présente et c'est vu avec les cadres... »</p> <p>IBODE 4 : « ...Ils essaient de mettre quelqu'un de la spé en chirurgie éveillée... »</p> <p>IBODE 5 : « ...Nous sommes sectorisés sur la NCH et vasculaire, mais je ne vais pas encore beaucoup en vasculaire, ce qui me permet d'acquérir plus les choses dans le secteur NCH mais, je n'ai pas l'impression que ce soit toujours les mêmes IBODE en chirurgie éveillée. Tu suis ton horaire du jour au final, et l'horaire va avec la salle... »</p> <p>IBODE 6 : « ...C'est toujours au minimum une personne du secteur de NCH, et on essaie de créer deux postes de référents de chirurgie éveillée pour qu'une des deux soit présente...Te rendre responsable de cette chirurgie. Mais nous sommes en sous-effectif, et il y a beaucoup d'intérimaire, ce qui est difficile... »</p> <p>IBODE 7 : « ... Etant donné que nous sommes une seule spécialité nous tournons sur toutes les chirurgies de NCH..., mais nous sommes hyperspécialisés du coup... »</p>

		<p>2) Visites préopératoires</p>	<p><i>Identifier s'il y a des visites préopératoires au niveau IBODE et leurs intérêts pour l'IBODE</i></p> <p>IBODE 1 : « ...J'étais référente de chirurgies éveillées...c'est ça qui est passionnant, je trouve c'était les consultations pré op et post op... ; ça me permettait de voir qu'il y avait une corrélation entre ce que disait le patient et ce que je connaissais de lui... de voir comment tu allais l'installer... tous les retours ... ils sont contents d'avoir quelqu'un qu'il connaisse...ça me permettait de voir s'il y avait une corrélation entre ce que disait le patient et ce que je connaissais de lui... auditivement ...car il y avait un champ vertical ça me permettait de savoir si on était dans le vrai... »</p> <p>IBODE 2 : « ...J'aurais voulu aussi mettre une personnalité sur eux et eux aussi qu'ils mettent une personnalité sur nous... mettre de l'humain ... »</p> <p>IBODE 3 : «Les visites préopératoires sont faites avec l'anesthésiste et l'orthophoniste mais nous, on n'y va pas. Malheureusement, c'est un projet que je voulais monter pour qu'il y est toute une équipe dédiée... »</p> <p>IBODE 6 : « ...Justement, nous sommes en train de créer ça avec la création des référentes. Je suis allée à deux visites préopératoires, j'estime que ça commence déjà à créer une relation de confiance avec le patient. Les IADE le font alors pourquoi pas nous. Il y a aussi l'hypnose, dès la veille de l'entrée du patient. On va plus ou moins expliquer comment va se dérouler la chirurgie, les bruits et je pense que c'est important, la position est aussi importante. Et surtout mettre un visage ; grâce à la nouvelle cadre on va mettre ça en place, car détacher du personnel alors que nous sommes déjà en sous-effectif, c'est de l'organisation... Le patient, il avait déjà un visage qu'il connaissait, il m'appelait par mon prénom, c'était moins stressant pour l'équipe car pour l'équipe c'est important d'avoir une bonne cohésion et peut être cette cohésion est déterminée par cette visite, expliquer ton rôle, créer cette relation de confiance ... »</p> <p>IBODE 7 : « ...Nous en avons parlé à un moment mais l'organisation ne permet pas car celui (l'IBODE) qui peut en faire est d'astreinte la veille et est donc pas présent le lendemain, du coup ça n'aurait pas été la même personne qui aurait fait les visites pré op et la chirurgie éveillé du coup on ne voyait pas l'intérêt... »</p>
--	--	---	--

<p>B. Savoir-être</p>	<p>1) Travailler dans le contexte du patient conscient</p>	<p><i>Connaître les attitudes et comportements pendant cette chirurgie</i> <i>Examiner s'il y a une gêne ou au contraire une aisance avec le patient ?</i> <i>Identifier comment est perçu le fait de travailler en simultané avec le patient où celui-ci réalise des exercices psychomoteurs</i></p> <p>IBODE 1 : « ...Alors oui ça modifie, le comportement, je ne sais pas ... mais ça modifie au moins ta façon de parler ..., plus d'attention... ils (les patients) avaient une volonté de dingue... une équipe entière derrière eux et qu'ils fassent parti de l'équipe...C'est vous qui allez bosser...ils étaient tous hyper dynamique dans leur prise en charge, motivés... Le fait d'avoir ton patient vivant...on le voyait bouger et communiquer... il est là quoi...d'où l'intérêt d'être bien au clair avec ce que tu fais... »</p> <p>IBODE 2 : « ... On essayait de faire au mieux, à la fin...d'être délicate, d'être douce, d'être dans la communication positive avec le patient, on l'encourageait... ;...C'est une ambiance particulière...on est beaucoup plus attentif à ses réactions (des patients) ..., c'est vrai qu'on écoute ses réactions..., j'écoute souvent les réponses des patients et s'il ne perd pas le fils et comme ça j'ai des alertes ; je garde un œil sur l'écran et un œil sur le chirurgien et j'écoute ce qui disent... ; c'est une vraie personne qu'on entend parler qui a des émotions... ; autant quand ils dorment, qu'ils sont complètement champés, ils deviennent anonymes, là c'est une personne... ; il faut qu'on apporte une attention particulière à ces personnes...je les félicitais.. J'entends ses soupirs, ses réponses...ses difficultés...c'est quelqu'un, je pourrai être à leur place ... »</p> <p>IBODE 3 : « ... Beaucoup ne savent pas comment se placer, oui, agir par rapport au patient quand il est réveillé et ça modifie forcément le comportement ..., mais certaines (IBODE) aiment moins que d'autres...c'est mon ressenti, je pense car c'est trop lent, il n'y a pas la libre expression... ; on ne peut pas faire abstraction du patient car on entend tout, on est juste assis à côté de l'orthophoniste derrière le champ opératoire, qui va juste lever la tête et là par le regard on va se capter et réajuster les choses...»</p> <p>IBODE 4 : «... On essaie de garder la distance avec tout ça...depuis, il y a l'habitude...mais en face nous avons des patients qui sont acteurs de leur chirurgie...des fois quand on veut les rendormir ils refusent... ; c'est assez incroyable, c'est que finalement, ils ont bien compris les enjeux, et on est tous là pour les aider, on est plus impressionné car on est là pour eux...c'est vrai qu'il y a un transfert qui</p>
------------------------------	---	--

	<p>2) Communication</p>	<p>s'opère, combien de fois je me suis dit : « si j'étais à leur place »...mais quel courage !... ; maintenant, il y a une caméra qui prend le visage et le bras, ce qui amène encore plus de rapprochement car on entend tout et on voit tout durant l'intervention, ce qui peut entraîner à avoir plus d'émotions si on n'est pas concentré, je pense ...»</p> <p>IBODE 5 : « ...C'est gênant oui et non, au début ça fait drôle, on ne peut pas dire ce que l'on veut et doit penser au patient, un terme négatif peut entraîner un stress chez le patient et du coup une mauvaise interprétation des choses... ; ... mais après, je trouve que ça remet de l'humain, il est là avec nous, à participer autant que nous, voir plus ! ... »</p> <p>IBODE 6 : « ...Il y a des moments difficiles, on ne voit pas le patient mais on l'entend. On est très proche mais on reste concentré malgré que je sois empathique... »</p> <p>IBODE 7 : « ... Au début, c'est perturbant, étrange car on les voit travailler sur le cortex et tu entends le patient parler comme nous... mais on est concentré sur la chirurgie car ils sont deux chirurgiens, donc quatre mains ... ils te demandent chacun des choses et qui te rendent des instruments donc tu es dans le truc donc tu n'as pas le temps de te laisser porter par ce que dit le patient, tu as tendance à oublier qu'il est réveillé, on essaie de contrôler son langage de ne pas dire de choses négatives, le moindre petit accro..., il faut que ça glisse...On modifie un peu le comportement même si c'est pas la fête d'habitude, mais la moindre chose ou le moindre truc qu'on dit peut être facteur de stress pour lui... »</p> <p><i>Identifier s'il existe une plus grande cohésion interprofessionnelle lors de ces chirurgies</i></p> <p>IBODE 2 : « ...L'anesthésie a pris plus de place... avant on partageait plus de choses... »</p> <p>IBODE 3 : « ...Ce qui me plaît ce n'est pas loin de la connivence, c'est le travail très étroit entre les différents acteurs et surtout avec l'orthophoniste...chacun connaît son rôle... »</p> <p>IBODE 5 : « ... Oui, c'est une chirurgie où je trouve, chacun travaille avec l'autre et aussi chacun attend que le temps de l'autre soit fait, sans le presser...Mais, ils sont toujours bien pris en charge en chirurgie mais là on voit que c'est fluide... »</p>
--	--------------------------------	--

	<p>3) Atmosphère</p> <p>4) Difficultés</p>	<p>IBODE 6 : « ... Il y a une cohésion d'équipe qui vient avec l'ancienneté... »</p> <p><i>Identifier l'ambiance en salle d'intervention lors de ces chirurgies</i></p> <p>IBODE 2 : « ...Les chirurgiens sont plus paisibles... ils se laissent du temps, c'est appréciable...Ils sont plutôt détendus, j'aime assez faire les chirurgies éveillées...il faut une ambiance apaisée...plus que d'habitude... l'hypnose... ça faisait une ambiance plus paisible en salle... »</p> <p>IBODE 2 : « ...C'est vrai que c'est stressant... avant les fins de chirurgies étaient pénible (<i>face à la douleur du patient</i>), je le vivais mal... »</p> <p>IBODE 3 : « ...Il y a quand même une part de stress à certains moments difficiles...en se disant : est ce qu'il va se réveiller correctement, est ce qu'il va avoir mal, est ce qu'il ne va pas sortir de sa tête au réveil (déjà arrivé) ... »</p>
<p>C. Savoir-faire</p>	<p>1) Contrôle de la salle</p>	<p><i>Identifier ce qu'y diffère d'une autre chirurgie</i></p> <p>IBODE 1 : « ... Vraiment bien pensé à tout au départ... »</p> <p>IBODE 2 : « ...Un couac le jour d'une chirurgie éveillée n'est pas entendable ..., c'est une épreuve pour le patient et lui il fait tout ce qu'il peut, nous on doit donner la perfection, j'essaie de camoufler, d'aménager le mieux possible la salle »</p> <p>IBODE 3 : « ...La spécificité est vraiment axée sur l'organisation et l'ergonomie en salle...pour que le patient ait de l'espace pour travailler sereinement, qu'il n'ait pas la vision du matériel. Et ça, c'est extrêmement important... ; ...il faut qu'on soit prêt et qu'on n'ait plus rien à ouvrir, il n'y aura plus de bruit parasite derrière... »</p> <p>IBODE 4 : « ...L'organisation et l'instrumentation sont très lourde..., il y a beaucoup de matériels à installer autour du patient... la circulante doit rester à côté pour noter ... les indications du chirurgien et notamment pour la cartographie »</p> <p>IBODE 5 : « Il faut penser à tout avant que le patient rentre en salle, on ne va pas sortir de salle pendant l'intervention... »</p> <p>IBODE 6 : « Si on peut préparer la veille la salle ..., surtout quand on sait qu'il n'y aura qu'un de NCH, il faut que tout soit prêt avant l'accueil de patient... »</p> <p>IBODE 7 : « ...Il faut que tout soit géré en amont, mais il y a quelques spécificités en plus des crânes classiques... ; il y a beaucoup plus de monde à gérer du coup, il faut</p>

	<p>2) Formation</p>	<p>faire plus attention à ton environnement... en préopératoire, avant que le patient rentre, il y a plus de choses à gérer comme la sonde d'écho... Il faut gérer pleins de choses en même temps, il faut que tout soit nickel surtout lors de la phase éveillée... »</p> <p><i>Identifier l'organisation de la salle</i> IBODE 1 : « ...Bien penser ta salle en amont... » IBODE 2 : « ...J'essaie de camoufler, d'aménager le mieux possible la salle..., on cache nos machines, nos imageries pour que le patient ne les voit pas, pour que ça ne vienne pas le stresser... IBODE 3 : « ...L'ergonomie de la salle est fondamentale car il faut bien caler tout le monde...pour que le patient ait de l'espace pour travailler sereinement avec l'orthophoniste, qu'il n'ait pas la vision du matériel...C'est extrêmement important..., créer un espace réduit et ça, ça dépend du côté où on travail... » IBODE 7 : « ...On a qu'une moitié de salle par rapport aux autres chirurgies..., il faut contrôler ton environnement comme les baquets, la poche de sang... pour pas que le patient est le visu dessus... »</p> <p><i>Mesurer l'accessibilité à la formation</i> IBODE 1 : « ... Je suis allée trois jours en stage à Montpellier...On était trois référents en NCH...A la fin, j'étais plus que la seule référente de NCH donc, c'est vrai qu'il fallait former beaucoup... ; ...j'avais demandé que les IBODE/IDE présents en chirg éveillées soient déjà référents de NCH...pour pouvoir faire des entretiens pré op et post op, il faut que tu en connaisses une bonne partie et il faut que tu comprennes comment fonctionne le cerveau » IBODE 2 : « Au début, il y avait des gens qui avaient été formé... mais maintenant, il y a eu une telle dérive que tu peux te retrouver avec des gens qui ne connaissent pas ou qui sont de d'autres spé...Il y a un book qui est fait avec les installations, les photos... » IBODE 4 : ... « On s'est formé sur le terrain..., turn over important et on est tous amené à en faire...Les nouveaux sont des fois doublés mais en ce moment on n'est pas</p>
--	----------------------------	--

		<p>en capacités de l'être. Au début, j'ai fait un classeur, je notais tout avec des photos puis, j'ai fait des fiches... »</p> <p>IBODE 5 : « ...Oui, j'ai été doublé sur une mais, comme il n'y en a pas beaucoup au final on oublie d'une fois sur l'autre. On n'est pas à l'aise du coup... »</p> <p>IBODE 6 : « ...On a été formé sur le champ, sans doublure mais on a des cahiers, des fiches. Mais, il y a surtout un travail personnel et aller chercher plus loin pour comprendre. Sinon, le professeur avait donner un cours et c'était vraiment très bien mais c'était le seul, dommage... »</p> <p>IBODE 7 : « ...On est tous formé à cette chirurgie, on est capable de faire circulant et instrumentiste... ; On a été doublé en crâne mais pas en chirurgie éveillée, mais on est déjà calé en chirurgie du crâne, il y quelques spécificités en plus, mais la base est comprise et gérée... »</p> <p><i>L'expérience apporte moins de stress</i></p> <p>IBODE 1 : « ...Ah non pas du tout (<i>de stress</i>), mais il faut que tu sois pointu sur tout ce que tu fais..., tu les (<i>les professionnels non expérimentés</i>) mets en difficulté... et tu crées un climat opératoire qui est stressant et qui est, à mon avis, répercuté sur le patient... »</p> <p>IBODE 2 : « ...Les nouveaux ou non formés sont plus stressés...ça fait plus de stress... ; ... mais il y avait des patients qui avaient très mal... et ça pour moi c'était stressant... je le vivais mal, ben c'est un peu un échec...le but est de ne pas paniquer mais ça c'est l'expérience..., le sang-froid on l'a ...on est professionnel... ; c'est après que j'ai appris à apprécier les chirurgies éveillées... »</p> <p>IBODE 3 : « ...Le stress a été reculé à partir du moment où j'ai fait la formation de l'hypnose conversationnelle... je pense que la formation d'hypnose a été extrêmement bénéfique sur la gestion du stress...Il y a plus de tension quand il y a quelqu'un de nouveau mais il connaît déjà la NCH...Le comportement mirroring tient du chirurgien aussi car il est calme... »</p> <p>IBODE 5 : « ...Avec nos roulements, je n'ai pu faire qu'une entière, je ne peux pas dire que j'ai de l'expérience mais en tout cas je ne suis pas encore à l'aise... »</p>
--	--	--

		<p>IBODE 7 : « ... Oui, il y a cette exigence que tout doit se passer nickel...il y a plus de choses à gérer, donc quand il y a des nouveaux, il y a du stress dans la salle et pour l'IBODE... »</p> <p><i>Identifier l'expertise en lien avec prise d'initiatives au niveau de l'IBODE instrumentiste</i></p> <p>IBODE 1 « ...Sur la concentration, ou sur la perception des choses, tu es vachement plus attentif ...Tu interagis beaucoup avec le chirurgien...On avait une confiance, l'une et l'autre, mutuelle. C'est-à-dire que je lui donnais les instruments sans qu'elle me parle, elle savait ce que j'avais et si je lui proposais quelque chose plutôt qu'autre chose, elle savait qu'il y avait un intérêt derrière parce qu'elle avait confiance. »</p> <p>IBODE 3 : « ...On est tellement rodé qu'il n'y a pas de stress et il y a une cohésion...on connaît tous son rôle...la douleur va être entendue par les bonnes personnes...et au bon moment... ; ...depuis le nombre d'années qu'on travaille ensemble, il y a une confiance mutuelle, il y a un respect et chacun connaît son rôle...il n'y a pas de tension... »</p> <p>IBODE 4 : « ...Avec ma pratique, j'arrive à voir ce qu'il veut, anticiper. L'expérience, l'anticipation va avec la prise d'initiatives...comme on est avec lui, on sait ce qu'il fait, on sait ce qu'il a besoin... »</p> <p>IBODE 6 : « ... Avec l'expérience, tu devances les gestes et tu connais les temps opératoires mais c'est vrai qu'avec un nouveau, il demandera si y a bien l'eau froide ...il y a une cohésion d'équipe qui vient avec l'ancienneté...Mon rôle est toujours le même, je reste attentive à mon rôle mais je sais que la deuxième étape quand le patient est réveillé, j'écoute pour comprendre comment ça évolue. C'est la cartographie. Et quand il y a la stimulation, il peut y avoir un trouble de l'éloquence, une crise d'épilepsie et je dois devancer en préparant mon eau glacée et l'avoir en main. Je dois être prête.</p> <p>4) Installation</p> <p><i>Identifier la maîtrise de l'installation du patient</i></p> <p>IBODE 1 : « ...Un simple gêne peut devenir problématique pour la chirurgie..., j'installais le patient...on avait testé sur nous les installations... On demandait après</p>
--	--	---

			<p>au patient en post opératoire, est ce qu'il y avait quelque chose...Le chirurgien m'avait délégué cette tâche et comme on a le droit avec les actes exclusifs... »</p> <p>IBODE 2 : « ...C'est eux (<i>les anesthésistes</i>) qui installent le patient... »</p> <p>IBODE 3 : « ...Le patient s'installe seul et trouve sa position... »</p> <p>IBODE 4 : « ... Les aides-soignants préparent le matériel et le chirurgien installe lui-même avec sa participation (<i>du patient</i>) ..., beaucoup de matériels à installer autour du patient. »</p> <p>IBODE 5 : « ...On prépare les appuis en amont et le patient va directement se positionner lui-même sur la table, l'équipe va installer le patient, et il sera intubé sur le côté en décubitus latéral... »</p> <p>IBODE 6 : « ...Tu es responsable de l'installation mais, chez nous, c'est les aides-soignants formés pour l'installation, mais je regarde toujours le moment de l'installation... »</p> <p>IBODE 7 : « ... Les chirurgiens sont là dès l'arrivée du patient et c'est le chirurgien et l'aide-soignant de salle qui va installer le patient avec le patient pour se mettre en décubitus latéral... »</p>
<p>II. Gestion des émotions et organisation du travail face au patient conscient</p>	<p>A. Emotions de l'IBODE</p>	<p>1)Expérience IBODE de la première chirurgie éveillée</p>	<p><i>Identifier en quoi cette chirurgie diffère d'une autre chirurgie crânienne.</i></p> <p><i>Identifier ce que ça a pu provoquer chez le professionnel, leur première chirurgie éveillée</i></p> <p>IBODE 1 : « ...C'est assez extraordinaire... ; ...En plus, on mettait un champ transparent donc on le voyait bouger et communiquer... Je suis là, les mains dans le cerveau...pause... Waouh... C'est tellement gratifiant pour nous. A une époque où on est tellement peu nombreux...je trouve ça hyper intéressant qu'on peut adapter ça à d'autres chirurgies. Mais on n'a pas toujours le temps, le nombre de personnes... »</p> <p>IBODE 2 : « ...J'ai vu des patients arriver avec leur piano...C'est quand même inimaginable...Ce n'est pas anodin...La première fois, ça m'a fait peur car je me suis dit que ce n'était pas possible d'opérer et d'aller mettre les doigts dans son cerveau alors qu'il était réveillé... »</p> <p>IBODE 4 : ... « Mais comment ils font ? j'avais l'impression de vivre un truc de dingue ..., la première m'a beaucoup impressionnée... »</p>

		<p>2) Gestion des émotions</p>	<p>IBODE 5 : « ... La première fois que je me suis habillée, j'ai réalisé qu'il était vraiment réveillé, ça m'a fait un choc... » IBODE 6 : « ... Ma première était en Italie...c'était un défi unique ...Wahoo. ; j'ai participé à ça ! ... » IBODE 7 : « ... C'est l'intervention avec un grand I, sans être prétentieux... »</p> <p><i>Identifier si l'IBODE est plus sensible aux émotions lors de cette chirurgie</i> <i>Identifier comment l'IBODE prête attention aux émotions du patient lorsqu'elle est instrumentiste</i> <i>Appréhender la maîtrise des émotions</i></p> <p>IBODE 1 : « Quand tu opères un patient, les émotions s'effacent grâce aux champs... on dit qui est ce qui fait l'épaule ? ... » IBODE 2 : « ...Je prends du recul car je suis une professionnelle, j'ai cette empathie...je prends du recul... on la prend cette hauteur pour ne pas se laisser submerger, c'est à titre personnel que c'est difficile...parce que c'est quelqu'un (<i>larmes</i>), on est là pour soigner...il (<i>le patient</i>) va loin dans ce qu'il peut donner, et c'est courageux...Oui, il y a beaucoup d'émotions en chirurgie éveillée, mais ces émotions-là, je les ai quand je suis instrumentiste et quand je suis proche du patient... ; la première fois j'étais pleines d'émotions...» IBODE 5 « ... Heureusement qu'on est plus impressionné avec l'habitude car on pourrait mal faire notre travail...Je suis assez dans l'émotion..., je me prépare déjà en amont la veille mentalement, moins maintenant mais avant, je me repassais le film, le déroulé de l'intervention. Quand je me lave les mains, je me mets dans une espèce de repli, de concentration. Dans un état un peu d'autohypnose pour être bien concentré sur ce qu'on me demande de faire... » IBODE 6 : « ...Quand je suis coté instrumentiste, il y a des moments où on écoute le patient, mais on entend aussi ses difficultés et c'est dur mais en même temps, j'essaie de ne pas écouter car il faut que je reste concentrée... ». IBODE 7 : « ...Au début surtout et maintenant c'est géré... »</p>
--	--	---------------------------------------	--

	<p>B. Liberté restreinte de l'IBODE face au patient conscient</p>	<p>1) Restriction de l'espace d'instrumentation</p> <p>2) Gestion du bruit</p>	<p><i>Identifier sa position et l'ergonomie de l'IBODE</i> IBODE 1 : « ...On avait trouvé une bonne configuration, je me positionnais toujours de la même façon, à sa main droite, je lui donné les instruments sur la table mayo... mon instrumentation a mesure était là. Mais temps opératoires étaient là ... mais, par contre il faut bien penser en amont ... » IBODE 2 : « ... On est très mal installé car on a très peu de place et qu'on se contorsionne tout le temps... » IBODE 3 : « ... J'ai mon assistant muet (<i>table mayo</i>) quand c'est du décubitus latéral gauche... côté droit, c'est plus compliqué et mon espace est réduit... » IBODE 5 : « ...C'est la même avec quelques spécificités en plus d'un crâne classique ... » IBODE 6 : « ...Espace restreint surtout en décubitus latéral gauche, tous le matériel ...tout sera derrière l'instrumentiste et du coup je serais à l'étroit car il ne faut pas que le patient voit derrière, mais de l'autre côté ça va... » IBODE 7 : « ... Ce n'est pas simple car il y a deux seniors, plus un CCA et un interne, donc au niveau de l'espace ce n'est pas simple ; avec le drapage ça enferme plus donc on est dans leur dos avec la table entre nous et eux... »</p> <p><i>Identifier si la salle d'intervention est plus calme durant cette chirurgie malgré le nombre d'intervenants</i> IBODE 1 : « ...J'avais fait des panneaux « silence chirurgie éveillée en cours » ... et le chirurgien faisait en sorte que les gens respectent ça...c'était assez silencieux » IBODE 2 : « ...Il faut qu'on respecte le silence... » IBODE 3 : « ...On a été hyper rodé. Quand on a débuté, sous hypnose, car on a énormément travaillé sur le bruit et la perception du bruit par le patient...Il fallait travailler en même temps que la transe hypnotique du médecin anesthésiste et amenait les bruits en fonction de la transe hypnotique et qui sont restés après. » IBODE 4 : « ...Le niveau sonore est là que par les différents systèmes de dispositifs médicaux... ; ... Pour que le chirurgien puisse se concentrer lui, sur sa chirurgie...Il y</p>
--	--	--	--

			<p>a le réveil du patient...Il faut qu'il puisse entendre le patient et ce que dit l'orthophoniste, beaucoup de concentration par rapport à ça... »</p> <p>IBODE 5 : « ... Oui, la salle est plus calme, le patient doit pouvoir se concentrer et comprendre les choses au maximum pour les suites de l'intervention... »</p> <p>IBODE 6 : « ...Il y a beaucoup de monde et du bruit ça peut, mais c'est une chirurgie où il ne doit pas avoir de bruit car on fait de l'hypnose et l'ambiance de salle doit être tranquille... »</p> <p>IBODE 7 : « ...Oui c'est plus calme car il faut entendre le patient mais peut-être pas plus qu'une autre chirurgie au final ... »</p> <p><i>Identifier si le fait qu'il y a plus de monde entraine plus de bruit</i></p> <p>IBODE 2 : « ...C'est derniers mercredis, il y avait pleins pleins de monde et au final tu as des spectateurs partout...On n'est pas au spectacle... ; je pense qu'il y a trop de monde alors que ça devrait être intimiste... ça me gêne quand même qu'il y ait autant de monde en salle...tu es obligée de surveiller tes tables, ton environnement... ; je pense que si quelqu'un doit faire le gendarme c'est plutôt le circulant qui doit aller dire...on range le téléphone, et on arrête de bouger dans tous les sens... »</p> <p>IBODE 3 : « ...Il n'y a jamais de bruit...c'est le chirurgien qui va réguler mais aussi l'IBODE... »</p> <p>IBODE 4 : « ...Ça peut effectivement monter à une dizaine de personnes en salle voir plus, mais peu importe le nombre de personnes, le chirurgien est bien clair dès le début, il n'y a aucun bruit toléré en salle, aucune allée et venue en salle est toléré...c'est impossible... »</p> <p>IBODE 5 : « ... C'est la chirurgie où il y a le plus de monde, mais chacun sait que sur cette chirurgie les allers et venues et le silence doivent être respectés, d'ailleurs il y a des panneaux « silence » sur les portes... »</p> <p>IBODE 7 : « ...Ceux qui n'ont pas l'habitude, on leur dit que faire et où se placer, les autres connaissent ..., donc ça peut. Mais on règle ça ou les chirurgiens le font... et le rappelle... »</p>
--	--	--	---

		3) Restriction de la communication verbale IBODE	<i>Identifier s'il existe plutôt une communication non verbale lors de cette chirurgie</i> <i>Identifier si l'expertise de l'IBODE aide dans la communication non verbale</i> IBODE 1 : « ...Il y a beaucoup moins de communication verbale ... » IBODE 3 : « Il y a plus une communication non verbale ... mais parce qu'on ait tous rodé. Je connais le chirurgien et lui aussi. On a plus besoin de se parler, c'est fluide, on va reconnaître nos mouvements et nos faciès... ; ...Mais comme tout passe par le regard, on arrive à apaiser, c'est ce que je ressens » IBODE 4 : « ...Quand on peut communiquer par geste, on le fait... » IBODE 6 : « ...Il y a peu de communication verbale, à force chacun sait ce qu'il doit faire, on marche au regard... » IBODE 7 : « ...Oui, il y a plus une communication non verbale, mais quand les chirurgiens parlent aux orthophonistes non c'est du verbal, mais plutôt codé dans leur langage à eux...entre IBODE ont chuchotent et on fera plus de signes...en revanche , on sera plus dans la communication positive, on essaie de contrôler son langage de ne pas dire de choses négatives, le moindre petit accros il faut que ça glisse...On modifie un peu le comportement même si c'est pas la fête d'habitude mais la moindre chose ou le moindre truc qu'on dit peut être facteur de stress pour lui... »
III. Ouverture		Hypnose	<i>Qualifier l'hypnose et les différentes techniques</i> <i>Identifier ce que peut apporter l'hypnose pour l'équipe opératoire et l'IBODE</i> IBODE 1 : « ... Pas l'hypnose mais ...l'apaisement par la parole, des voix calmes...du coup, c'était apaisant même si ce n'était pas l'hypnose...ça aurait été sympa d'associer les deux ... » IBODE 3 : « ...Mais comme tout passe par le regard, on arrive à apaiser, c'est ce que je ressens... » IBODE 2 : « ... Avant... il y avait B...qui en faisait (<i>l'hypnose</i>), et sa voix dès le début de l'intervention apaisait, m'apaisait...le fait de parler calmement avec une voix particulière et elle nous reprenait pour être dans la communication positive...ça faisait une ambiance plus paisible en salle... » IBODE 4 : « ...Au départ...on l'endort et après, il se réveille et quand il se réveille, il faut qu'on soit prêt et qu'on n'ait plus rien à ouvrir., il n'y aura plus de bruit

			<p>parasitaire derrière... ; je pense qu'on sait tous caler les uns et les autres sur nos mouvements, la respiration, le fait d'être dans le mirroring tous ensemble. Toujours observer les gestuelles de l'interne pour me caler à eux. Pour avoir toujours un train d'avance pour être optimal... ; le mirroring est la version miroir, on va caler les mouvements en même temps, on va parler sur les mêmes tons que le patient pour lui répondre. C'est une technique d'hypnose conversationnelle...ça a pris du temps, il faut reprendre toute la prise en charge et l'accueil du patient pour rester dans le positif et retourner les situations en positif et revoir son vocabulaire...il tient aussi du comportement du chirurgien qui est calme... ; pouvoir le suivre (<i>anesthésiste hypnotiseur</i>) et pour pouvoir réguler l'intervention derrière, c'est à dire que quand il l'emmenait (<i>le patient</i>) vers la trans hypnotique, je voulais savoir son sujet et savoir sur quoi il l'emmenait, mer, montagne, nature... c'était le patient qui décidait et savoir comment on allait axer les choses. Par exemple, en automne c'était les bruits dans les pas d'une forêt, avec les feuilles mortes et c'était le moment où justement on ouvrait nos sachets et donc je n'avais plus besoin de me poser la question, j'entendais juste ce qu'il disait et je savais quelle action je pouvais faire au moment où il était dans sa Trans hypnotique... »</p> <p>IBODE 5 : Quand je me lave les mains, je me mets dans une espèce de repli, de concentration. Dans un état un peu d'autohypnose pour être bien concentré sur ce qu'on me demande de faire...</p> <p>IBODE 6 : « ...Et quand il y a un nouveau, cette hypnose apaise l'ambiance de la salle...Moi ça me calme, ça me met dans une condition de tranquillité... »</p>
--	--	--	--

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état

« Infirmier de Bloc Opératoire »

Promotion 2022-2024

Session « Juin 2024 »

Résumé

Titre : L'IBODE en chirurgie éveillée des tumeurs crâniennes

Auteur : Salaün Yolaine

Directeur de mémoire : Pr Seizeur Romuald

Nombres de pages : 50 pages

Date de rédaction : 15 Avril 2024

Dates de soutenance : 11 et 24 juin 2024

Résumé :

La chirurgie éveillée des tumeurs crâniennes est une intervention neurochirurgicale au cours de laquelle le patient est conscient et effectue des exercices psychomoteurs pendant une partie de l'intervention, simultanément de l'exérèse tumorale réalisée par le chirurgien.

Peu d'études donnent corps à ce sujet. Nous allons nous intéresser aux compétences des infirmiers de bloc opératoire (IBODE) mis en exergue durant la chirurgie éveillée, dans son savoir-faire et dans son savoir-être. Et, chercher à démontrer au travers d'une étude qualitative, s'il existe plus d'émotions face au patient conscient et si la communication non verbale tient une place plus importante.

Cette étude a été réalisée dans différents centres de neurochirurgie, en France et 7 entretiens IBODE expérimentés, dans ce type de procédures, ont permis de répondre à notre question de recherche.

Cette analyse a mis en avant la place centrale de l'IBODE durant la chirurgie éveillée. Cette intervention consent remettre de l'humain dans un univers parfois hostile et renforce la relation de confiance avec le patient. Elle favorise des libertés restreintes des IBODE et occasionne des savoir-faire et des savoir-être modifiés, notamment dans la régulation des émotions et dans la communication. Enfin, cette analyse a permis de définir l'hypnose comme une stratégie de soins permettant d'aller encore plus loin, dans la prise en charge du patient et dans la satisfaction de l'IBODE au travail. Cependant, tout ceci ne peut aboutir sans concourir à des formations spécifiques.

Mots clés : Chirurgie éveillée, Savoir-être IBODE, Savoir-faire IBODE, Émotions, Communication



Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état

« Infirmier de Bloc Opératoire »

Promotion 2022-2024

Session Juin « 2024 »

Abstract

Title : The role of scrub nurses in awake brain surgery for cranial tumors

Author : Salaün Yolaine

Dissertation supervisor : Pr Romuald Seizeur

Number of pages : 50 pages

Date of writing : April 15th 2024

Dates de defence : June 11th and 24th 2024

Background : Awake brain surgery for cranial tumors is a neurosurgical procedure during which the patient is conscious and performs psychomotor exercises for part of the procedure while the tumour is removed by the surgeon.

Objectives : Few studies have been carried out on this subject. We are going to look at the operating room nurses' skills highlighted during awake surgery in terms of "savoir-faire" and interpersonal skills.

Method : Through a qualitative study, we are seeking to demonstrate whether there are more emotions when dealing with a conscious patient and whether there is more non-verbal communication. This study was carried out in various neurosurgery centers in France and 7 male/female operating room nurses with experience in this type of procedure answered our research question.

Results : This analysis highlights the central role of operating room nurses during awake surgery. This intervention brings a human touch to a sometimes hostile environment and strengthens the relationship of trust with the patient. It favors limited freedom for the operating room nurses and gives rise to modified "savoir-faire" and interpersonal skills, particularly in the regulation of emotions and in the communication. Finally, hypnosis was put forward as an efficient and satisfactory care for operating nurses. However, it cannot be performed without specific training.

Conclusions : This type of surgery has a way of bringing a human touch back in the operating room, while at the same time providing accurate "savoir-faire" and other skills which require specific training.

Keywords : Awake surgery, operating room nurses skills, operating room nurses know-how, Emotion, Communication