

# **L'IADE ET LE CHANGEMENT**



**Promotion 2008-2010**

**Ecole d'Infirmiers anesthésistes du CHU de REIMS**

## REMERCIEMENTS

Merci à tous les IADE d'ici et d'ailleurs qui m'ont donné un peu de leur temps. Merci également à M.BOCQUET, formateur à l'école d'IADE, pour ses conseils.

## RESUME

L'anesthésie est une discipline en constante évolution. L'IADE est depuis toujours confronté à la technique et plus particulièrement aux nouvelles technologies. Si celui-ci est habitué à cette situation il demeure du matériel non utilisé ou peu exploité. Si la législation impose de se former et de rester à la pointe des connaissances scientifiques, la réalité du terrain est un peu différente. En effet il existe des freins individuels et organisationnels aux changements. Au travers de l'étude du processus de changement et à ses freins il s'agira d'identifier mon implication IADE à l'utilisation de nouvelles technologies. L'enquête de terrain montre l'intérêt des IADE pour un accompagnement par leurs pairs. Ainsi, le concept de facilitation, qui sera défini, semble être un moyen d'accompagnement dans le changement.

**MOTS CLES :** nouvelles technologies – IADE – changement – facilitation – dynamique de groupe

## GLOSSAIRE

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat

SFAR : Société Française d’Anesthésie et Réanimation

SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

ISAR : Infirmier Spécialisé en Anesthésie et Réanimation

LMD : Licence, Maîtrise Doctorat

## SOMMAIRE

<b><u>Préface</u></b>	p 1
<b><u>Introduction</u></b>	p2
<b>1. <u>L'IADE et son environnement</u></b>	p3
1.1 <u>Historique</u>	p3
1.2 <u>Conséquences</u>	p5
<b>2. <u>Concept de changement</u></b>	p6
2.1 <u>Les étapes du changement</u>	p6
2.1.1 Le refus de comprendre	p7
2.1.2 La résistance	p7
2.1.2.1 L'inertie	p8
2.1.2.2 L'argumentation	p9
2.1.2.3 La révolte	p9
2.1.2.4 Le sabotage	p10
2.1.3 La décompensation	p10
2.1.4 La résignation	p11
2.1.5 L'intégration	p11

2.2 <u>Les origines de la résistance au changement</u>	p13
2.2.1 Les origines individuelles	p13
2.2.2 Les origines organisationnelles, dynamique de groupe	p15
2.3 <u>La place de l'IADE dans le changement</u>	p17
2.3.1 Les décrets	p18
2.3.2 Les sociétés savantes	p19
2.3.3 L'IADE	p19
<b><u>3. La Facilitation</u></b>	p21
3.1 <u>Définition</u>	p21
3.2 <u>Rôle du facilitateur</u>	p21
<b><u>4.L'enquête</u></b>	p23
4.1 <u>L'outil</u>	p23
4.2 <u>Le panel</u>	p23
4.3 <u>Les résultats de l'enquête</u>	p24
4.4 <u>Conclusions de l'enquête</u>	p40
4.5 <u>Mon implication IADE</u>	p41
<b><u>Conclusion</u></b>	p42
<b><u>Bibliographie</u></b>	p43
<b><u>Annexes</u></b>	p45

## PREFACE

Lorsque j'ai fait mes études d'infirmiers j'ai pu apprendre et comprendre toute la problématique de pouvoir travailler auprès du patient. Devenir infirmier c'est bien plus que d'intégrer des connaissances en anatomie, physiologie, techniques et protocoles en tout genre. Plus les mois passent et plus les valeurs fondamentales nécessaires à la profession d'infirmier mûrissent. Au début, il est quelque peu grisant de pouvoir faire des injections et des pansements et d'utiliser du matériel médical, puis après quelque temps il reste principalement des valeurs importantes comme le respect, la sécurité. En effet être infirmier c'est maintenir l'humanité au sein d'un monde hospitalier de plus en plus technique.

Une fois diplômé, j'ai travaillé en secteur de réanimation. Il faut croire que sans oublier mes valeurs morales et professionnelles, j'ai toujours été intéressé par la technique. Puis les années passant je me suis intéressé au monde de l'anesthésie. Ce monde je le voyais comme un concentré de « prendre soin ». Un moment bref mais important dans la vie de la personne opérée, un monde où se mêlent les qualités techniques, humaines et relationnelles. Une fois le concours passé, lors de ma formation à l'école d'IADE, j'ai découvert cet univers, qui n'était finalement pas très différent de ce que je m'étais imaginé. Il s'agit d'une discipline jeune, où la technologie est partout. C'est d'ailleurs pour le patient, pour sa sécurité et son confort qu'il faut assimiler bon nombre de connaissances et maîtriser les actes techniques. Des progrès de la science et de la recherche découlent des technologies sans cesse renouvelées. Ainsi donc, le progrès oblige l'IADE à être constamment face à de nouvelles technologies.

## INTRODUCTION

J'ai rapidement pu me rendre compte lors de mes différents stages, qu'il n'existe pas une seule manière de pratiquer l'anesthésie, que selon les lieux, la culture, les moyens techniques et humains, il pouvait y avoir des différences, mais que chacun concourait à œuvrer pour le patient. J'ai pu voir également bon nombre de matériel, récemment reçu, laissé de côté. Un respirateur dernier cri qui prend la poussière dans un couloir, des sondes bien rangées dans un tiroir, du matériel pour l'intubation laissé dans un bureau. De lourds investissements sont faits dans du matériel parfois inutilisé ou peu utilisé. Autant de technologies non appréhendées. Mais où était donc passé cette fameuse frénésie pour la technologie, tant imaginée par les non avertis ? Il faut dire qu'il n'est pas évident de s'impliquer au quotidien pour tester tel ou tel matériel. En effet, la charge de travail impose un rythme qui ne laisse pas beaucoup de temps mort.

Il semble donc que l'utilisation d'un nouveau matériel au bloc opératoire pose un problème. Si certaines personnes sont plus ou moins motivées à tenter l'expérience de la nouveauté d'autres ne sont plus « grisées » par les technologies nouvelles et préfèrent en rester à leurs valeurs fondamentales, ce qui de ce point de vue ne peut être blâmable. Peut être existe-t-il d'autres difficultés qui limitent cet investissement ou tout simplement est-ce le fruit de facteurs individuels. En tant que futur professionnel au sein d'un bloc opératoire, je serai donc confronté, tout comme mes pairs, aux mêmes difficultés. C'est pourquoi, au travers de ce travail, je me propose de réfléchir à mon implication d'IADE dans l'utilisation d'une nouvelle technologie.

Pour cela, après m'être arrêté sur un aspect historique de la vie professionnelle de l'IADE, j'étudierai les étapes du changement ainsi que les origines de sa résistance. Ensuite, je m'arrêterai sur la place de l'IADE au sein de celui-ci. Puis je m'attarderai sur la notion de facilitation. Pour conclure, mon travail de recherche s'orientera sur la façon de m'impliquer dans l'arrivée d'une nouvelle technologie.

Mon travail ne va concerner que l'utilisation d'un nouveau matériel afin de restreindre le champ de réflexion sans m'arrêter sur les changements de techniques de soin à proprement dit. De plus je ne traiterai pas du choix du matériel à tester et de sa mise en œuvre puisque ce rôle revient à l'équipe d'encadrement.



## 1. L'IADE et son environnement

Commençons tout d'abord par le début de l'histoire. Si l'IADE a beaucoup évolué de part sa fonction et son statut, on peut dire que son environnement a également été le siège de nombreux et rapides changements. Au fur et à mesure de son histoire, l'anesthésie a connu des bouleversements radicaux dictés par les progrès et les innovations. Brossons rapidement la petite histoire de son évolution.

### 1.1 Historique

Depuis des milliers d'années, arracheurs de dents, barbiers et chirurgiens soignent les gens sans aucune forme de prise en compte de la douleur, à vif. Pour atténuer leur supplice, une seule solution, travailler rapidement, certains réussissant même des amputations en quelques dizaines de secondes ! Au XVI<sup>e</sup> siècle, le grand chirurgien Ambroise Paré préconise un cocktail d'opium et d'alcool à haute dose et recoud les plaies au lieu de les cautériser par une atroce brûlure au fer rouge. Pendant la retraite de Russie, Dominique Larrey, le chirurgien de Napoléon constate que le grand froid atténue la douleur des opérés et l'on gardera longtemps le procédé pour amputer des membres gangrenés. Ainsi donc les Hommes commencent à découvrir un moyen d'atténuer la douleur. Une solution simple permettant un travail dans de meilleures conditions. La véritable évolution se déroule le 31 mars 1842 lorsque le médecin américain Crawford Long doit pratiquer une intervention superficielle sur un de ses patients ; il a alors l'idée de l'endormir en lui faisant respirer de l'éther. Malheureusement, il ne fait pas part à ses confrères de son innovation, qui tombe rapidement dans l'oubli.

Puis, en décembre 1844, le dentiste Horace Wells assiste à une séance scientifique récréative où l'on observe les effets hilarants du protoxyde d'azote ; il constate qu'un sujet se meurtrit sans ressentir aucune douleur. Le lendemain, il décide de se faire arracher une dent, anesthésié par du protoxyde d'azote. Persuadé de la réussite de la méthode, il part à l'hôpital de Boston pour en faire la démonstration. Par la même technique, il procède à l'extraction d'une dent qui se solde par un échec. Le silence de Long et l'échec de Wells permettront à deux autres médecins de partager, ou plutôt de

se disputer la découverte de l'anesthésie par l'éther. Le chimiste Charles Thomas Jackson fournit au chirurgien de l'hôpital de Boston William Morton les indications indispensables à sa préparation et à son administration. Le 30 septembre 1846, Morton enlève une dent à un patient anesthésié avec de l'éther versé sur un mouchoir. On commence donc à trouver une technique pour que le patient ne bouge pas et ne hurle pas de douleur. On constate que la mise en œuvre de celle-ci a nécessité du temps et de la pratique.

L'éther est utilisé pour la première fois en France, en 1847, alors qu'un des chirurgiens français les plus réputés, Alfred Velpeau, avait déclaré, huit ans plus tôt, que la chirurgie sans douleur était inconcevable. En effet à cette époque, au vu des connaissances scientifiques acquises et du contexte judéo-chrétien, le soulagement de la douleur est très loin d'être un objectif.

Après l'éther vient le chloroforme, celui-ci sera largement utilisé lors des périodes de guerre. Parallèlement, la découverte du curare, permet des chirurgies plus audacieuses avec un confort de travail nettement amélioré. Il faut attendre la première guerre mondiale pour que se démocratise la pratique de l'anesthésie intraveineuse, grâce à un barbiturique. Cette nouvelle technique permettait de résoudre le problème du transport du matériel pour anesthésie inhalatoire. C'est une fois encore une période de conflit qui a permis cette avancée technique. De nouveaux agents intraveineux viendront ensuite agrémenter les découvertes. La technique de l'anesthésie par inhalation n'a pas été tout à fait abandonnée puisque la découverte des halogénés va permettre un nouvel essor. Parallèlement l'invention des respirateurs a permis des chirurgies plus longues, sur des territoires encore impossibles tout en diminuant les retentissements pour le patient (meilleure ventilation alvéolaire, meilleur contrôle de la capnie). Cette invention va favoriser le succès des halogénés.

L'anesthésie locale, par la découverte de certains effets de la cocaïne, prend son essor dès 1884. L'enchaînement des découvertes de produits plus efficaces et moins dangereux se poursuit. L'évolution de l'anesthésie a été également possible grâce à l'invention de nombreux matériels, ayant tous plus ou moins favorisés la pratique de la chirurgie et « in fine » devenir réellement des anesthésies. On trouve par exemples :

des rotamètres, débitmètres, détendeurs, circuits, valves, canisters, inhalateurs, etc...Autant de nouvelles technologies permettant d'utiliser de nouvelles compositions pharmacologiques et de répondre aux nouveaux besoins ( analgésie, curarisation, narcose ). Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les techniques et les appareillages se perfectionnent. Les anesthésies, moins toxiques, peuvent maintenant se prolonger, ou au contraire être rapidement réversible. Ces innovations ouvrent le champ à des actes opératoires jusqu'alors impossibles. Après la seconde guerre mondiale, l'anesthésie devient une discipline médicale autonome et continue de prendre l'essor qu'on lui connaît. Parallèlement à cela, il est rapidement apparu utile et sécuritaire d'avoir des aides en anesthésie qui deviendront au fil des années des ISAR, puis des IADE, avec le statut que nous leur connaissons.

## 1.2 Conséquences

Il apparaît donc assez clairement que l'IADE, tout comme le médecin anesthésiste a été rapidement plongé dans une course aux nouvelles technologies. Les progrès techniques et la maîtrise de nouveaux procédés ont permis à la jeune discipline qu'est l'anesthésie de progresser de façon fulgurante et cela n'est pas fini. Les professionnels de santé ont donc dû s'adapter rapidement car les progrès se sont vus s'épanouir le temps d'une carrière. En effet sur des temps très courts, une ou deux décennies, l'anesthésie a connu des révolutions importantes. Le progrès nécessite de s'adapter et implique donc des changements dans les pratiques. L'IADE est donc directement concerné par ces confrontations aux changements. Ceux-ci ne se font pas toujours aisément, ce qui peut entraver l'utilisation de nouvelles technologies.

En toute logique, et afin de mieux comprendre nos réactions, nous allons nous arrêter sur le concept de changement de manière non exhaustive.

## **2. Concept de changement**

Afin de mieux appréhender les freins possibles à l'utilisation d'un nouveau matériel il me paraît important de s'arrêter un instant sur le concept de changement, sur les étapes à surmonter afin de l'appivoiser ainsi que sur les causes de résistance à

celui-ci. J'ai choisi de me référer au travail de **M. CARTON**<sup>1</sup> qui a une vision intéressante de ce concept. Mais avant tout, afin de clarifier les choses, arrêtons-nous sur la définition qu'a le petit robert du changement.

*Changement : Le fait de changer, de se modifier. Changement de...modification quant à. Altération, modification, transformation. Contraire de constance, fixité, stabilité. Fait de changer. Etat de ce qui évolue, se modifie ( choses, circonstances, états psychologiques ). Changement brutal : bouleversement. Changement progressif : évolution, gradation, progression.*

On constate, d'après cette définition, la notion de temporalité qui peut faire passer du changement au bouleversement. Cette notion sera reprise dans la suite de mon travail

## 2.1 Les étapes du changement

D'après **CARTON**, lorsqu'un changement, auquel nous sommes confrontés, ne correspond pas à nos attentes, il bénéficie de ce que l'on peut appeler une certaine valence négative à nos yeux et peut donc s'avérer difficile. Nous développons alors un processus psychologique qui permet d'adapter ce changement à notre réalité. En effet, le changement est souvent signe de tension psychique, ne sommes nous pas anxieux à l'idée d'un ré-apprentissage ou à la mise en place de nouvelles habitudes. En effet d'après ses recherches, l'Homme préfère la stabilité et la constance. Le changement parsème nos vies au quotidien, il est partout, tout le temps, à différentes échelles. Le processus de changement passe par des phases successives qui peuvent être de durée variable (notion de minutes voir d'années).

D'après **CARTON** pour intégrer celui-ci, il est nécessaire de passer par ces différentes phases, que nous allons voir, au risque sinon de voir le processus interrompu. Dans ce cas, cela ne signifie pas que le changement soit compromis irrémédiablement, mais il ne fait pas partie de la réalité actuelle de la personne qui y est confrontée.

---

<sup>1</sup> Fondateur d'un groupe conseil en management et ressources humaines, diplômé en psychologie en sociologie et économie politique

### 2.1.1 Le refus de comprendre

C'est une phase généralement brève au cours de laquelle nous devons réajuster notre réalité. Le refus de comprendre n'est pas corrélé au manque d'intelligence de la personne concernée. Il s'agit plutôt d'un mécanisme de défense psychologique. N'importe qui peut y être confronté quelque soit son statut, ses connaissances, son niveau de formation. En revanche, la largeur d'esprit et l'expérience du changement peuvent faciliter celui-ci et réduire la durée de cette phase. En effet, le fait d'avoir été souvent confronté au changement permet d'être mieux armé à affronter celui-ci. De plus le fait de pouvoir se remettre facilement en question ainsi que ses pratiques (caractère de chacun), peut également être une aide précieuse. Cette phase peut mettre en opposition directe l'instigateur du changement et les personnes qui en sont la cible.

Ainsi, au bloc, l'utilité de la mise en place d'un nouveau matériel peut ne pas être aussi évidente pour les uns que pour les autres. Chacun ayant ses propres points de vues, ses valeurs, ses croyances. Il en va donc de l'importance du dialogue et de l'échange, de la mise en commun de ses idées.

### 2.1.2 La résistance

Cette phase est indissociable de tout processus de changement indésirable ou non préparé. Elle est naturelle mais aussi utile, elle permet de donner une certaine objectivité au changement en prenant un certain recul. Le terme « résistance » utilisé quotidiennement a une connotation plutôt négative, associé de près ou de loin à un frein, il n'inspire pas forcément la marche en avant. Or, toujours selon **CARTON**, la psychanalyse, la sociologie, et même l'histoire lui rende ses lettres de noblesse en lui conférant une signification plus avantageuse.

Pourquoi la résistance serait-elle obligatoirement négative ? Allons dire aux résistants de la seconde guerre mondiale que leurs actions étaient négatives. Sans aller dans la caricature, la résistance que l'on peut associer à l'opposition n'est pas forcément définitive. En effet, elle permet de soulever les différentes facettes d'une argumentation ou d'une proposition et donc d'en ouvrir le débat. Gageons que ce qui fait avancer un débat est positif.

Cela étant, la résistance est souvent perçue par l'initiateur du changement comme frein aussi est elle souvent combattue. Il ne faut pas confondre phase de résistance au changement et attitude passéiste, anti-progressiste voire réactionnaire. En effet, elle est importante pour nous permettre de réaliser le changement, de verbaliser nos arguments, d'objectiver notre point de vue. Il faut effectivement que cela nous intéresse pour que nous ayons envie de pousser plus loin notre investissement.

L'IADE peut, dès cette phase, commencer à trouver des zones d'intéressements. La résistance peut également être vue comme un garde fou contre les changements au tout venant et ceux imposés de façon arbitraire. Il est également intéressant de se demander quelle serait la place de l'homme pensant en l'absence de résistance et donc de réflexion. La personnalité de chacun doit pouvoir s'exprimer et cette phase peut en être le biais.

Selon la personnalité de chacun, la résistance peut donc se manifester sous quatre formes sur lesquelles nous allons maintenant nous arrêter.

#### 2.1.2.1 L'inertie

Elle se caractérise par l'absence apparente de réaction au changement. Tous les prétextes sont bons et des terminologies « bateaux » sont utilisées : nous allons « en parler », « voir », « y penser ». La prudence, l'absence d'argument, le manque d'utilité ou d'intérêt sont des notions souvent utilisées pour rationaliser cette inertie. Il est facile au sein du bloc opératoire et devant la charge de travail, de cultiver celle-ci, si nous n'y trouvons pas d'intérêt.

Si cette phase est blâmable du point de vu purement législatif, elle est pourtant très tentante car plus reposante. Qui ne préfère pas parfois laisser les choses un peu traîner ? Après tout, peut-être qu'en ne faisant rien, il ne se passera rien de contraignant pour moi ? Ne nous sommes-nous jamais dit : « ne faisons rien comme ça je ne serai pas concerné et je n'aurai pas de travail supplémentaire. » Nous voyons bien que l'inertie est facilement accessible. Ainsi donc au quotidien l'implication dans l'arrivée d'un nouveau matériel au sein du bloc opératoire nécessite des efforts pour justement ne pas se laisser aller dans cette inertie.

L'IADE peut ici jouer un rôle en facilitant cette implication, en donnant, à ses pairs, l'envie de s'investir, par son investissement personnel d'une part ainsi qu'en favorisant les échanges d'autre part. Il peut aider à mobiliser une énergie positive.

#### 2.1.2.2 L'argumentation

C'est une forme privilégiée de résistance qui constitue la voie royale à l'intégration du changement. Si elle est bien utilisée, cette forme de résistance est la plus productive pour instaurer le débat. Il faut laisser s'installer la discussion et que chacun s'exprime.

En argumentant nous soulevons nos doutes, nos réserves, nous exprimons nos craintes et cherchons à les apaiser. Ainsi des peurs injustifiées ou des points mal intégrés peuvent être tirés au clair. Au contraire un changement non applicable ou non souhaitable peut être objectivement remis en cause, différé ou amélioré. L'argumentation et son contenu sont propres à chacun en fonction de ses valeurs, de son expérience, de ses connaissances pratiques et théoriques. L'argumentation doit toujours être prise en compte c'est cela le dialogue. Puisque chacun est différent et ne voit pas les choses de la même façon, cette phase est souvent très enrichissante et permet une avancée positive dans le processus de changement.

Finalement nous connaissons tous cette étape qui consiste à échanger entre collègue et nous la pratiquons régulièrement. Ce que nous savons moins c'est qu'elle s'intègre dans un processus d'avancé vers le changement. Elle permet son appropriation et l'intégration des nouvelles données.

La pause café, les vestiaires, la pause repas, sont autant de moments que l'IADE peut mettre à profit afin de dialoguer et d'échanger.

#### 2.1.2.3 La révolte

**CARTON** poursuit avec cette forme de résistance, qui naît de notre incapacité à ajuster notre réalité au changement proposé, le changement devient inacceptable. Cette phase peut notamment apparaître en cas d'épuisement de l'argumentation. Elle est un frein au processus de changement.

La principale riposte est de nourrir l'argumentation ou la contre argumentation, afin de ne pas annihiler le débat.

C'est ici qu'intervient la notion de temporalité. En effet il faut laisser le temps aux personnes de s'intéresser et de se forger sa propre opinion. Si le changement devient inacceptable dans l'immédiat il ne faut pas pour autant le croire impossible.

Chacun évolue à son rythme, l'appropriation d'un nouveau matériel peut prendre du temps. D'ailleurs il faut le mettre à profit afin de favoriser l'utilisation de cette nouvelle technologie. Ainsi rien de perdu et la personne peut ainsi changer d'avis.

#### 2.1.2.4 Le sabotage

Plus pernicious que la révolte et plus manipulateur, le sabotage porte sur les modalités du changement. Le saboteur veut rarement nuire mais cherche plutôt à freiner voire à arrêter le changement, préférant le statu quo. Le cerveau humain préfère souvent la stabilité qui est plus reposante et induit moins de tension nerveuse.

Combien de matériel ( moniteur de BIS, curamètre, respirateur, etc.... ) se retrouvent barricadés derrière des cartons, ou ensevelis par du matériel « jugé » plus utile. Cette forme de résistance n'est pas très facile à voir au quotidien tant elle est réalisée à bas bruit et parfois dépasse les intentions de la personne concernée.

Après s'être arrêté sur les formes de résistances, reprenons la suite des étapes du processus de changement élaboré par **CARTON**.

#### 2.1.3 La décompensation

C'est une phase où nous nous sentons perdants, abattus, la résistance a été vaincue. Notre argumentation en défaveur du changement est arrivée à bout de souffle et nous commençons à voir les choses sous un nouvel angle. C'est en cela que cette phase est importante dans le processus individuel du changement. Elle permet d'apporter un doute à nos certitudes primitives et ainsi d'apporter un regard plus neutre en faveur de la future acceptation du changement.



Ainsi un collègue qui se dit « c'est vrai que cet outil est être peut pas si mal », va certainement être prêt à l'utiliser et pourra enrichir son argumentation en y trouvant un intérêt positif. Et là, « c'est gagné », cette personne a trouvé un intérêt elle va donc pouvoir s'investir.

#### 2.1.4 La résignation

Elle prolonge souvent la phase de décompensation, elle marque l'acceptation du changement. L'enthousiasme n'est pas encore à l'ordre du jour puisque nous avons accepté ce changement au nom de la nécessité. L'utilité et l'intérêt ne sont pas encore forcément très évident à ce stade. Lors de cette phase l'instigateur du changement doit insister sur les gains du changement afin d'influer sur la motivation. Celle-ci est ensuite par effet de groupe souvent transmise à l'ensemble du personnel concerné. Il ne faut voir dans ce terme de résignation le négativisme qu'on lui prête souvent. En effet se résigner ne veut pas dire perdre mais plutôt accepter et comprendre que notre démarche intellectuelle a évoluée.

Sur le terrain, il faut poursuivre les échanges, continuer les démonstrations, permettre, avec le cadre, l'accès aux informations manquantes.

#### 2.1.5 L'intégration

Elle se décompose en deux temps :

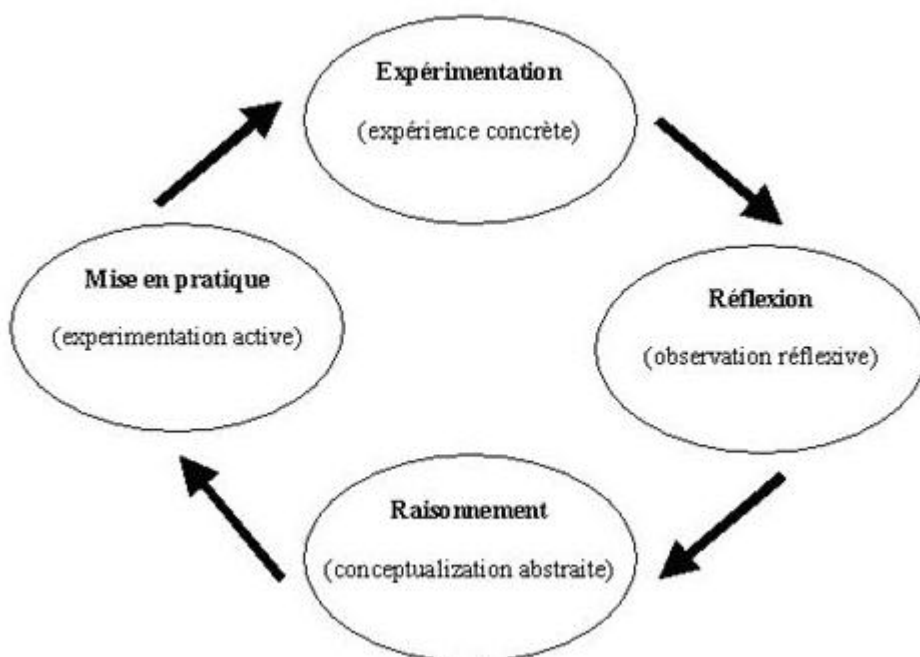
L'intégration conceptuelle s'accompagne d'un enthousiasme retrouvé, et d'une énergie nouvelle. Celle-ci est maintenant tournée vers l'action, le positif. Cependant certaines forces de routines nous font encore regarder vers le passé et vers « l'avant changement ».

L'intégration comportementale est la dernière étape où nous sommes capables d'intégrer pleinement notre nouvelle réalité. Nos anciens comportements sont oubliés, le changement est pleinement assumé. L'abandon des certains anciens comportements implique de nous d'accéder au statut de débutant et de pouvoir assumer pleinement

cette position. Un certain doute s'installe quant à la certitude que nous avons d'être performant dans nos nouvelles actions. Je ne m'arrêterai pas sur les conséquences du retour au statut d'apprenant, qui peut faire l'objet d'un autre travail à part entière. Cela dit on comprend aisément les difficultés et les craintes que peuvent générer cette nouvelle situation.

Pour mieux comprendre cette intégration on peut s'appuyer sur les travaux de **David.A.KOLB**<sup>2</sup> qui a étudié l'apprentissage expérimental. Il met en avant différentes phases d'apprentissage expérientielles et surtout l'idée qu'on peut rentrer par n'importe quelle porte : certains vont d'abord accrocher par le concept, d'autre par l'expérimentation, d'autre encore par l'observation.

Figure 1 : CONCEPT DE KOLB



---

<sup>2</sup> KOLB, né en 1939, chercheur en sciences de l'éducation, particulièrement sur l'apprentissage expérimentale.

Ainsi donc l'IADE peut endosser le rôle d'accompagnant afin de trouver l'approche qui convient le mieux selon la personne. Cette démarche implique donc de leur laisser la liberté et le choix, qui sont deux paramètres fondamentaux pour stimuler l'intérêt.

Après avoir parlé des étapes du changement, décrites par **CARTON**, il convient de s'arrêter sur une étape particulière : la résistance et ses origines. En effet en comprenant certains mécanismes de celle-ci, il sera plus facile d'accompagner le processus.

## 2.2 Les origines de la résistance au changement

Puisque comme nous l'avons vu précédemment, la résistance est une étape importante du processus de changement, je m'arrêterai donc sur quelques une de ses origines.

### 2.2.1 Les origines individuelles

**Kotter**<sup>3</sup> et **Schlesinger**<sup>4</sup> en 1979 ont tenté d'identifier une combinaison de raisons classiques qui expliquent l'attitude de résistance d'un individu.

Il existe tout d'abord un intérêt individuel lié à « l'esprit clocher », ce que les anglo-saxon nomment le « parochial self interest ». Il s'agit en fait de ne se préoccuper que de sa « paroisse » c'est à dire de faire passer ses propres intérêts avant ceux de la communauté. C'est la part d'égoïsme que chacun possède qui s'exprime plus ou moins. Ensuite le manque de confiance en soi et la méconnaissance des intentions du changement poussent les gens à résister. En effet serons-nous à la hauteur de ce changement ? Les bouleversements engendrés ne seront-ils pas trop difficiles à surmonter ?

---

<sup>3</sup> Kotter, né en 1943, Professeur à la Havard business school

<sup>4</sup> Schlesinger, né en 1917, professeur d'histoire à Harvard

De plus, l'inconnu fait peur, aussi le manque d'information est anxiogène (en général, bien que rassurant pour d'autres) et par voie de conséquence l'esprit résiste pour se protéger.

Ces deux aspects de la résistance sont influencés en partie par les expériences passées et le vécu des précédents changements. L'expérience peut donc avoir ici, un aspect positif, facilitant. Il est donc important de pouvoir verbaliser ses craintes et son histoire personnelle, afin de mieux appréhender cette nouvelle expérience.

Ensuite, nous avons souvent peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas être capable de développer les compétences et comportements attendus devant ce changement. Cette notion rejoint le manque de confiance en soi appliquée aux compétences requises à la mise en place de celui-ci.

Il faut donc comme nous l'avons vu précédemment, selon **KOLB**, trouver l'axe d'intérêt qu'il va falloir développer afin d'impliquer la personne et la mettre dans la position de l'apprenant.

Enfin nous résistons parfois parce que le processus de changement n'est pas évalué de la même façon que les initiateurs du projet. Il s'agit là encore d'une différence de point de vue où le dialogue peut permettre de faire avancer le débat.

Il faut également souligner que d'autres facteurs interviennent, comme la crainte de perdre ce qu'on possède, la remise en cause des compétences acquises et finalement de nos croyances professionnelles. Il peut exister le sentiment de perdre la face, de se sentir stupide par rapport à des actions passées ou obsolètes. En effet dans la pratique professionnelle de l'anesthésie, on voit certains outils utilisés par le passé, être mis au placard du jour au lendemain. On peut donc se demander (à tort ou à raison), si l'utilisation de ce matériel affectait mes qualités professionnelles passées, ce qui peut être source de stress. L'Homme préfère souvent la stabilité. L'IADE comme tout Homme, est tenté par la pérennité de ce qui est installé, qui fonctionne et lui procure la pleine satisfaction au quotidien.

## 2.2.2 Les origines organisationnelles, dynamique de groupe

L'Homme ne vit pas seul et ne prend pas toujours les décisions seul. Dans le milieu professionnel, particulièrement, il est entouré de ses semblables et doit composer avec eux. On ne peut donc pas faire l'oubli de l'effet du groupe. Nous allons donc brièvement nous arrêter sur la résistance au changement non pas au niveau individuel mais sous l'angle de la personne au sein d'une institution.

L'IADE est un Homme et donc à ce titre il se comporte de la même manière au sein de son équipe professionnelle. Ainsi donc ne peut-on pas parler de changement au sein d'une organisation sans aborder quelque peu le concept de dynamique de groupe.

Tout d'abord pour arrêtons nous sur la définition. On entend par dynamique de groupe « *«l'ensemble des phénomènes, mécanismes et processus psychique et sociologiques qui émergent et se développent dans les petits groupes sociaux appelés aussi groupes restreints, d'environ 6 à 20 individus durant leur activité en commun. En effet il ne peut y avoir cette dynamique sans une assemblée de personne réellement présente avec une activité, un intérêt et / ou des objectifs communs* ». On peut donc dire au regard de cela que le monde professionnel de l'IADE répond à ce critère. Plusieurs théories se rejoignent.

**Kurt LEWIN**<sup>5</sup>, est l'un des premiers en 1947 à s'intéresser au phénomène. Il a une vision gestaltiste (psychologie de la forme), c'est à dire Le groupe est un tout qui ne se réduit pas à la somme de ses parties. Ainsi donc si chacun est différent au sein du groupe, le fonctionnement global de ce dernier obéit à une dynamique qui lui est propre. Pour prendre un exemple simple, un bouquet de fleur ne se résume pas à un nombre de fleurs les une à coté des autres mais bien à l'ensemble et à leur disposition notamment. De même qu'une anesthésie ne se résume pas à une narcose, une analgésie et une curarisation, prise séparément.

Pour **LEWIN**, le groupe n'est pas réductible aux individus qui le composent, ni aux ressemblances qui existent entre eux, ni à la similitude de leurs buts. Il se définit

---

<sup>5</sup> Psychologue expérimentaliste allemand

comme un double système d'interdépendance, entre les membres d'une part, et l'institution d'autre part.

**LEWIN** a pu prouver en laboratoire que tout groupe fonctionne selon un équilibre quasi stationnaire et résiste à tout changement autre que des variations autour de cet équilibre. Il a pu montrer la supériorité de la décision de groupe par rapport aux simples informations données aux individus. La décision de groupe aboutit à la suppression de l'inertie naturelle de celui-ci. Ainsi les valeurs, les références auxquelles le groupe se réfère peuvent être en contradiction avec le changement, ce qui amène à le percevoir comme une menace pour le statu quo.

On peut dire qu'influencer une personne peut influencer l'ensemble du groupe. Si quelques personnes s'intéressent à une nouvelle technologie, alors par effet de groupe, un grand nombre de personnes peut se retrouver impliqué dans cet intérêt commun.

Plus tard, **HANNAN et FREEMAN**<sup>6</sup> ont étudié en 1984, « l'écologie des populations », qui est un courant qui défend fortement l'inertie structurelle des organisations en partant de l'idée que les différents groupes d'intérêts internes et externes préfèrent les organisations fiables. Ces auteurs mettent en avant l'importance des routines standardisées. Cela rassure l'ensemble des groupes qui agissent dans une seule et même cohésion. On voit très bien ici le grain de sable que peut représenter le changement dans le rouage institutionnel.

Nous sommes tous sensibles à l'effet de groupe ; si une personne charismatique exprime fortement sa volonté, elle peut influencer les autres personnes.

L'IADE doit donc tenir compte au quotidien de la tendance qu'a le groupe, à l'inertie structurelle. De même la dynamique du groupe peut inverser une tendance et faire changer ses positions à l'ensemble de la communauté.

---

<sup>6</sup> *Sociologues en sciences humaines*

On peut résumer la dynamique de groupe, pour la partie qui nous intéresse comme suit, il faut donc :

- Avoir une cible commune. Cela peut-être un projet commun (ici, l'intérêt professionnel, la patient ...). Une entité peut permettre la naissance d'un groupe,
- La viabilité d'un groupe dépend de l'interactivité de chacun des membres face au projet, entre chacun et de l'énergie individuelle dépensée pour le groupe.

Ainsi, pour ne pas que le groupe éclate face au changement il convient d'impliquer chacun dans le changement. Il faut faciliter les échanges, maintenir une « énergie » positive afin de vouloir changer et donc de s'intéresser au nouveau matériel.

Notons pour finir que dans tout groupe il faut un leader afin de garantir de mener à bien les projets en gardant une distance nécessaire. C'est le rôle de l'équipe d'encadrement. Il est donc possible de travailler en lien avec le cadre afin de mobiliser les énergies individuelles du groupe vers ce nouveau matériel. En aidant à accéder à ce matériel, en se montrant une ressource, une interface.

Maintenant que nous appréhendons mieux la dynamique du changement, il apparaît plus clair qu'il est possible d'influer sur les étapes de son acceptation, tant au niveau individuel qu'au niveau groupal. Nous allons donc maintenant nous arrêter sur la place de l'IADE dans le changement afin de mieux appréhender ses actions possibles au quotidien.

### 2.3 La place de L'IADE dans le changement

On constate au combien l'IADE est un professionnel de terrain confronté souvent et depuis longtemps, au changement. On pourrait dire que le celui-ci accompagne la vie professionnelle de l'IADE, tant la discipline continue d'évoluer. Alors, c'est une question de survie professionnelle, l'IADE doit s'adapter.

Pourtant comme nous l'avons vu précédemment, un changement ne s'effectue pas comme cela, si facilement. Et si l'homme résiste aux changements, et que l'IADE

est un Homme alors l'IADE résiste aux changements. D'ailleurs, le législateur a pris conscience du problème en légiférant sur la nécessité de la formation afin de garantir des soins obéissant à des objectifs de sécurité et de qualité. Arrêtons-nous donc quelques temps sur les décrets.

### 2.3.1 Les décrets

En tant que professionnel soignant on ne peut se soustraire à l'aspect réglementaire de notre exercice. Le législateur a prévu de prendre en compte cet aspect de la profession.

Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique, livre III « Les auxiliaires médicaux »:

« Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié. »

Le législateur est clair, l'infirmier(e) doit tenir à jour ses compétences non pas pour lui, mais pour le bien du patient. C'est pour cela également qu'il n'a pas le droit d'utiliser une technique non éprouvée. L'arrivée d'un nouveau matériel au sein du bloc opératoire dans le cadre de mon travail, implique donc que ce matériel ai reçu les agréments nécessaires. Il ne s'agit d'une invention réalisée seul dans son coin.

Le Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière indique que « la formation professionnelle continue a pour but de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail et de favoriser leur promotion sociale. » Ce texte est complété par le Décret n°2001-164 du 20 février 2001.

De plus, le Décret n°2003-759 du 1er août 2003 relatif au bilan de compétences des agents de la fonction publique hospitalière donne la possibilité à ces agents d'effectuer un bilan de compétence qui « a pour objet de permettre aux agents



d'identifier et d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation. »

### 2.3.2 Les sociétés savantes

Les sociétés savantes, elles aussi, ont bien cerné le problème de l'importance de s'adapter à l'évolution constante de la discipline. La SFAR recommande donc:

« Une formation continue spécifique aux IADE est indispensable à l'entretien des connaissances et à l'acquisition des techniques et des stratégies nouvelles en anesthésie réanimation. »

On constate qu'au delà de l'aspect indispensable, l'actualisation des compétences s'applique tant sur le plan théorique que technique. Il est question ici du terme « nouvelles », auxquelles l'IADE est confronté. Il faut donc acquérir ces nouvelles techniques. Il est noté ici la nécessité d'un investissement personnel permanent et continu.

«L'IADE doit au patient des soins attentifs, consciencieux et éclairés. A ce titre, l'actualisation des connaissances est une obligation ». La SFAR insiste ici sur le critère de qualité qui découle de l'actualisation des connaissances. Les infirmiers n'ayant pas encore de code de déontologie, on peut se demander si l'avènement de l'ordre infirmier ne va pas mener une réflexion sur ce thème.

Même les formations syndicales tendent vers une réflexion semblable à celle du législateur. En effet lors d'une conférence en 2002, le syndicat national a rappelé en terme d'obligation ce que bon nombre d'infirmier anesthésiste font au quotidien, c'est à dire, poursuivre sa formation tout au long de sa carrière :

« L'IADE a une obligation réglementaire et individuelle d'assurer sa formation de manière continue tout au long de sa carrière. »

### 2.3.3 L'IADE

Ainsi dans ma vie professionnelle serai-je au quotidien soumis à la nécessité de m'adapter et donc de gérer le changement ? Il n'y a pas de raison que le progrès qui est en marche s'arrête d'un seul coup. Alors plutôt que de se montrer réfractaire et de renforcer le négativisme, l'IADE doit au contraire favoriser le processus de changement.

Comme le suggère **LEWIN**, il existe deux façons d'agir contre les résistances au changement. Augmenter les forces propulsives et diminuer les forces restrictives. Dans le cadre de l'exercice de la profession d'IADE, il s'agira plutôt de diminuer les forces restrictives.

En effet l'augmentation des forces propulsives relèvent plutôt de l'instigateur du changement (par le biais de formation sur le temps de travail, de stratégie de management de groupe, etc..) et donc de l'équipe d'encadrement. En revanche l'IADE peut donc diminuer les freins au changement. En effet en instaurant un climat de dialogue, en se montrant ouvert à la discussion, en partageant ses expériences et en exprimant ses opinions. Le fait de travailler en équipe soulève parfois certaines difficultés et permet également un moment d'échange.

Chacun des membres du groupe enrichit l'autre et devient acteur du processus. En tant de personne de terrain, l'IADE apprend beaucoup de ses pairs et donne autant qu'il reçoit. Chaque personne possède un élément, une idée, une opinion que l'autre n'a pas. Il s'agit en fait de mettre en place un climat de facilitation.

Ce terme n'est pas dénué de sens puisqu'il indique clairement le but : rendre le processus plus facile. Ce terme peu connu mérite donc que nous nous y arrêtions quelques instants.

### **3. La facilitation**

Comme nous l'avons vu, l'IADE est un acteur de terrain, aussi il convient de s'intéresser au rôle qu'il va pouvoir occuper dans l'arrivée d'une nouvelle technologie au sein du bloc opératoire et donc dans le changement. En effet des changements s'opèrent, et plutôt que d'être un frein il peut agir au quotidien comme un facilitateur.

#### **3.1 Définition**

Le terme est assez nouveau, il est surtout utilisé dans le monde des entreprises, il vient des pays anglo-saxons. Il s'agit en fait d'un anglicisme : « Facilitator » , qui veut dire : *Personne chargée de la cohésion d'un groupe*. En « bon français », on devrait simplement dire : facilitateur.

D'après le Petit Robert, voici la définition de faciliter : » Rendre facile, moins difficile, aider, arranger. » On voit ici la fonction du facilitateur, qui est donc de faire naître les meilleures idées au sein d'un groupe tout en protégeant et même en renforçant les relations de confiance entre ses membres ainsi que leur capacité à travailler ensemble.

#### **3.2 Rôle du facilitateur**

Le facilitateur motive le débat, entretient la réflexion individuelle et collective. Il peut être un moteur en apportant de l'eau au moulin du changement. Dans la phase du « refus de comprendre », le facilitateur peut inciter ses collègues à s'ouvrir à la réflexion, en montrant un autre angle sans se fermer sur ses à priori.

Le facilitateur doit avoir une très bonne connaissance du terrain professionnel dans lequel il travaille. Il doit assurer un rôle de plaque-tournante, d'interface et de conseiller entre l'utilisateur et les ressources disponibles.

Si le premier des facilitateurs semble être le cadre, c'est un rôle qui convient parfaitement à l'IADE. Il connaît le fonctionnement du bloc opératoire, avec ses ressources et ses freins. Il a l'habitude de travailler avec du matériel sophistiqué et renouvelé, il peut ainsi faciliter l'utilisation d'un nouveau matériel au sein du bloc

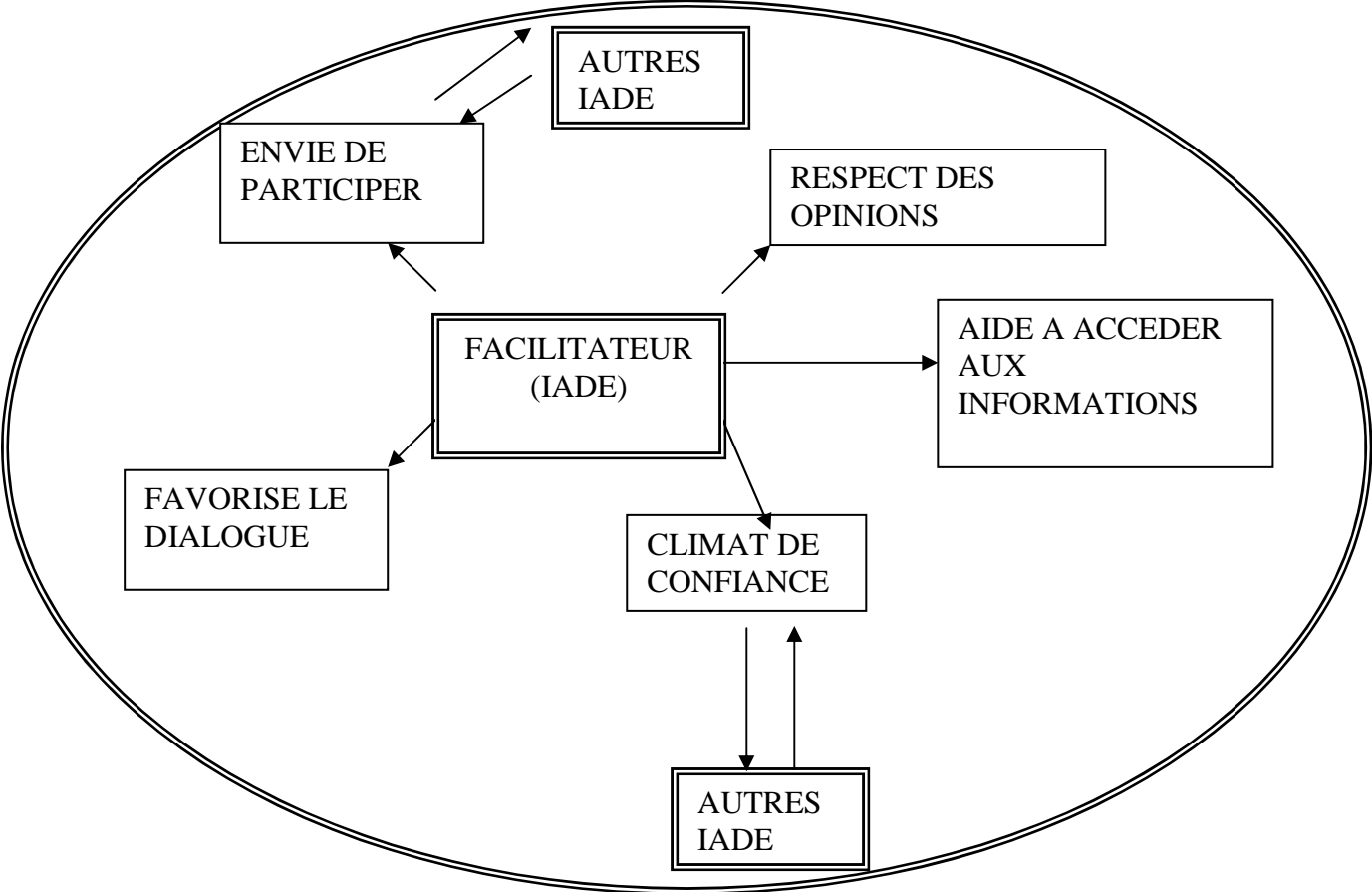
opératoire. Les IADE ont tous la même formation, mais leur parcours d'étude et les lieux fréquentés permettent d'avoir un point de vue différent qu'il convient de mettre en exergue. D'ailleurs de part sa formation même, l'IADE possède une expertise scientifique et technique très spécifique au sein du corps paramédical.

L'essai de nouveau matériel ou la pratique d'un nouvel appareil est noyé dans une charge de travail souvent importante au sein du bloc opératoire. Le facilitateur peut cependant trouver un moment opportun, plus calme par exemple, pour amener à utiliser un matériel peu coutumier. Il peut également faciliter l'argumentation de chacun au quotidien : à la pause café, en garde, lors de formations...

L'IADE peut également simplement endosser le rôle de facilitateur en ayant une attitude positive, en se montrant motivé devant la nouveauté. Le facilitateur ne doit pas être un professeur donnant des leçons, d'ailleurs l'enseignement est une discipline complexe nécessitant une formation poussée. Il ne s'agit pas de vouloir imposer son avis à tout pris mais plutôt d'empêcher l'ensemble du groupe de se refermer.

Le facilitateur aide également à la stabilité du groupe en veillant à ne pas rompre l'équilibre de celui-ci par l'arrivée d'un changement. Il ne s'agit pas non plus de s'improviser psychanalyste et de proposer une thérapie collective. Je crois que le rôle du facilitateur demeure humble mais peut par positivisme de groupe, instaurer un climat propice au changement.

Voici un schéma simplifié rendant compte des principales missions du facilitateur :



## 4.L'enquête

Afin de rendre plus pertinent mon travail, je réalise une enquête de terrain. Ainsi je me propose au travers d'un questionnaire, d'appréhender les difficultés occasionnées par le changement. En effet il m'est apparu comme un outil permettant d'interroger un grand nombre de professionnel en tout anonymat, laissant ainsi place à une certaine franchise. La cible de l'enquête s'impose d'elle même, l'IADE étant le centre de ma réflexion.

### 4.1 L'outil

L'outil que j'ai choisis d'utiliser est le questionnaire (exemplaire en annexe 1). J'ai volontairement limité le nombre de question à dix, afin de motiver les personnes à répondre. En effet, la vue d'un grand nombre de questions auxquelles il faut répondre peut faire renoncer ou forcer à bâcler les réponses.

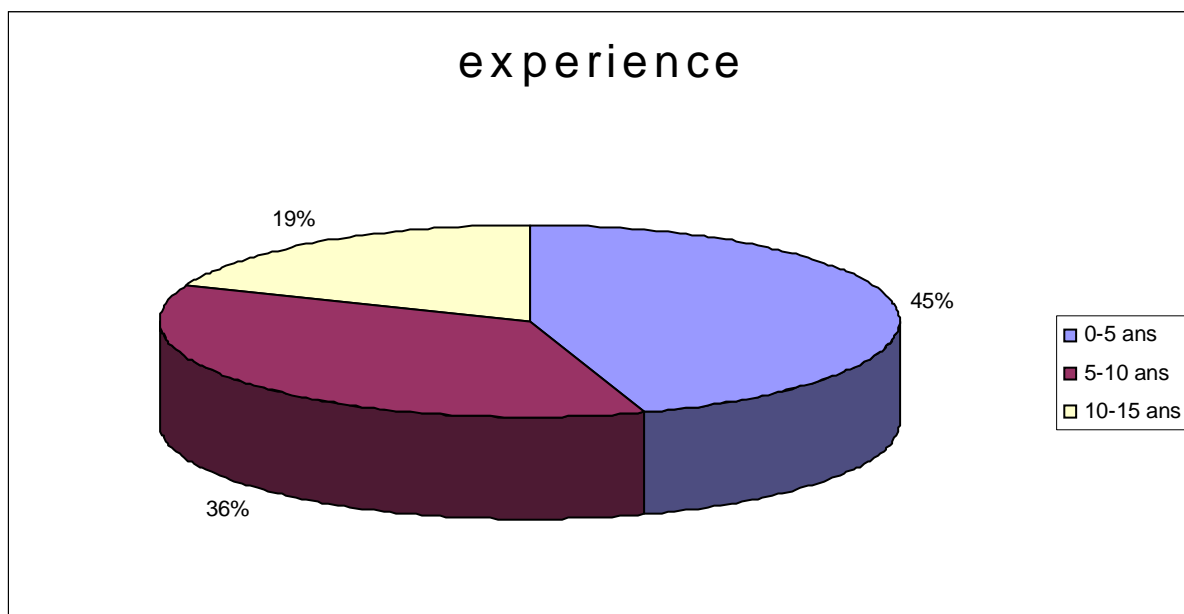
Le questionnaire a l'avantage de soulever rapidement les problèmes à un grand nombre de personne. Je me suis également entretenu de manière informelle avec un cadre IADE. Cet entretien m'a permis d'avancer dans ma réflexion mais je n'en tiendrai pas compte dans mon enquête. La position du cadre m'obligerait à me tourner vers le management du nouveau matériel et les actions entreprises par l'équipe d'encadrement. Or cet aspect, non sans intérêt, me ferait sortir de mon sujet, puisque je ne traite pas des décisions des cadres.

### 4.2 Le panel

Le panel étudié est les IADE, dans une activité de bloc opératoire exclusive, la pratique extra hospitalière n'est pas prise en compte. Par ailleurs il s'agit de structures différentes, aux activités différentes. Les secteurs concernés sont : la chirurgie générale, la pédiatrie, l'obstétrique, la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique. Le panel comporte 32 professionnels de terrain, ayant bien voulu répondre de façon tout à fait anonyme. Pour des raisons d'impartialité de réflexion et parce que cela aurait peu d'intérêt, les structures de soins interrogées resteront anonymes également.

### 4.3 Les résultats

#### Question 1 : expérience professionnelle

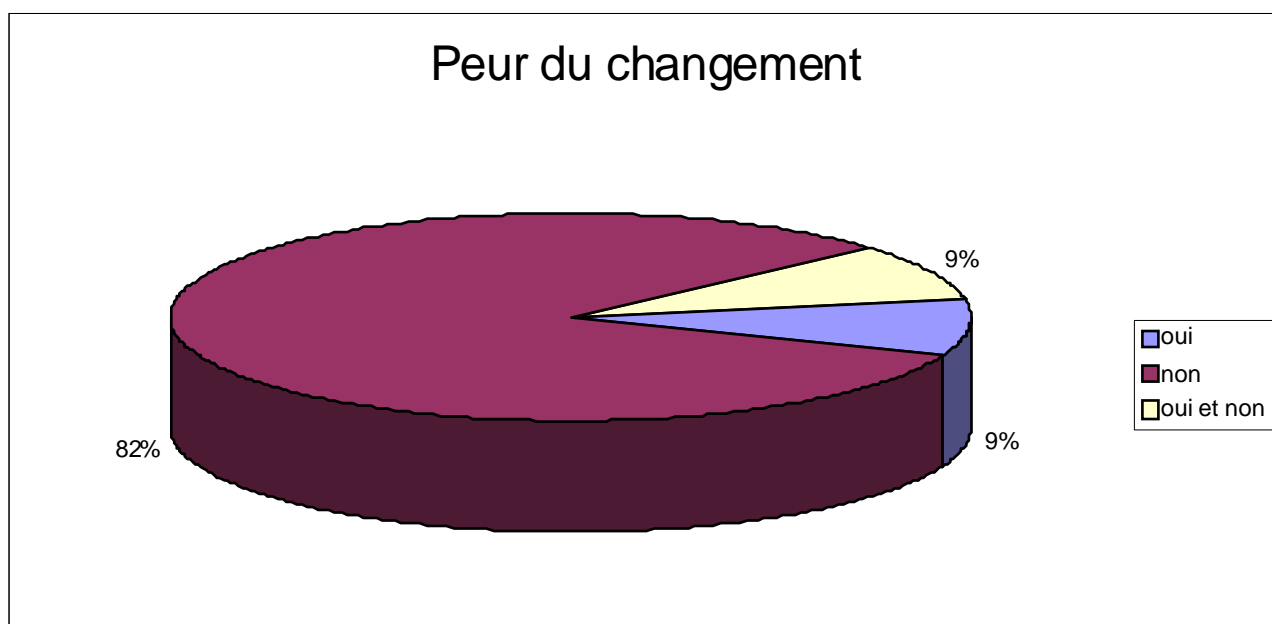


Premier constat, environ 80 % des personnes interrogées ont moins de 10 ans d'expérience. De plus si on corrèle, ces résultats à ceux de la question 5, on s'aperçoit que peu importe d'être un professionnel d'expérience ou non, tous les IADE sont intéressés par l'arrivée d'un nouveau matériel. Certes chacun l'est pour des raisons qui peuvent varier mais l'infirmier anesthésiste, que ce soit au début de sa carrière ou après 10 ans d'expérience, demeure un professionnel à l'écoute de ce qui se fait en matière de nouveauté. Par ailleurs arrêtons nous sur un tableau qui croise les résultats de la question un et de la question deux.

Expérience professionnelle	Peur du changement	Pas peur du changement
0-5 ans	16 %	84%
5-10 ans	10 %	90%
10-15 ans et plus	0%	100%

Même si la majorité des personnes interrogées ont entre 0 et 5 ans d'expérience et même si le panel reste modeste, on constate quelque chose d'intéressant. La proportion de personne estimant avoir peur du changement, diminue à mesure que l'expérience augmente. Ainsi donc on constate de manière pratique, ce que **CARTON** et **LEWIN** suggèrent dans leurs travaux. En effet, l'expérience peut être un allié pour appréhender le changement. Il semble que le fait que les personnes y aient été confrontées plusieurs fois, les rendent mieux armées. Il semble donc intéressant d'intégrer les professionnels d'expérience dans l'arrivée d'un nouveau matériel. Outre le fait que leur niveau d'expertise, de part leur expérience, est intéressant, ils peuvent être moteur pour le changement puisqu'ils en ont moins peur.

### Question 2 : La peur du changement



Premier constat, bien que la question ne comportait que deux items (oui ou non), plusieurs personnes ont ajouté « oui et non », en précisant même que cela dépendait de la façon dont il était amené. On constate ainsi que cette simple question soulève d'ores et déjà pour 9 % des interrogés, des interrogations quant à ce changement. Ces personnes distinguent donc différents types de changements ou différents vécus de celui-ci. Cela veut donc dire que le changement (donc le fond) n'est pas forcément la



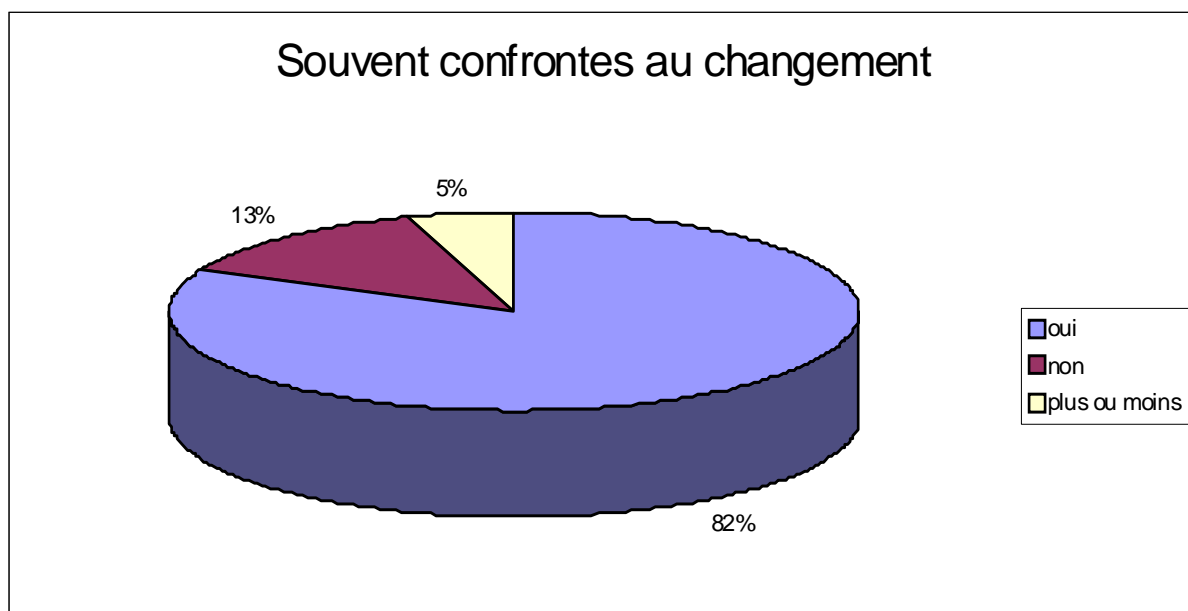
seule préoccupation mais que la forme est importante et peut donc soulever des craintes. Il ne faut donc pas minimiser le rôle de la facilitation mais surtout la façon dont elle est menée. Il faut que chacun se sente investi.

Par ailleurs, la grande majorité des personnes interrogée dit ne pas avoir peur du changement. Nous avons pourtant vu que le changement faisait peur, que toute personne préférerait la stabilité, le statu quo. Alors que penser de ces réponses ?

Peut-être que les vécus personnels de ces personnes sont plutôt positifs et qu'ils n'estiment pas devoir en avoir peur. Sans remettre en cause la sincérité des réponses, peut être n'estiment-ils pas en avoir peur de façon consciente ?

Ceci n'exclurait pas des craintes inconscientes qui modifieraient leurs comportements en faveur de la stabilité. Il se peut aussi que j'ai mal évalué la portée du terme « peur », celui-ci était peut être un peu fort, auquel cas si une appréhension existe elle ne va pas jusqu'à la peur ? Enfin il me semble qu'il existe une autre possibilité que je vais développer à la lumière des réponses de la question trois.

### **Question 3 : l'anesthésie et le changement**



On constate donc que 82%, soit la très grande majorité des professionnels interrogés, considèrent que la pratique de l'anesthésie nécessite d'être souvent confrontée aux changements et donc à la nouveauté. Ainsi, pour revenir à la question précédente, si le changement ne fait pas peur à 82% des personnes c'est peut être

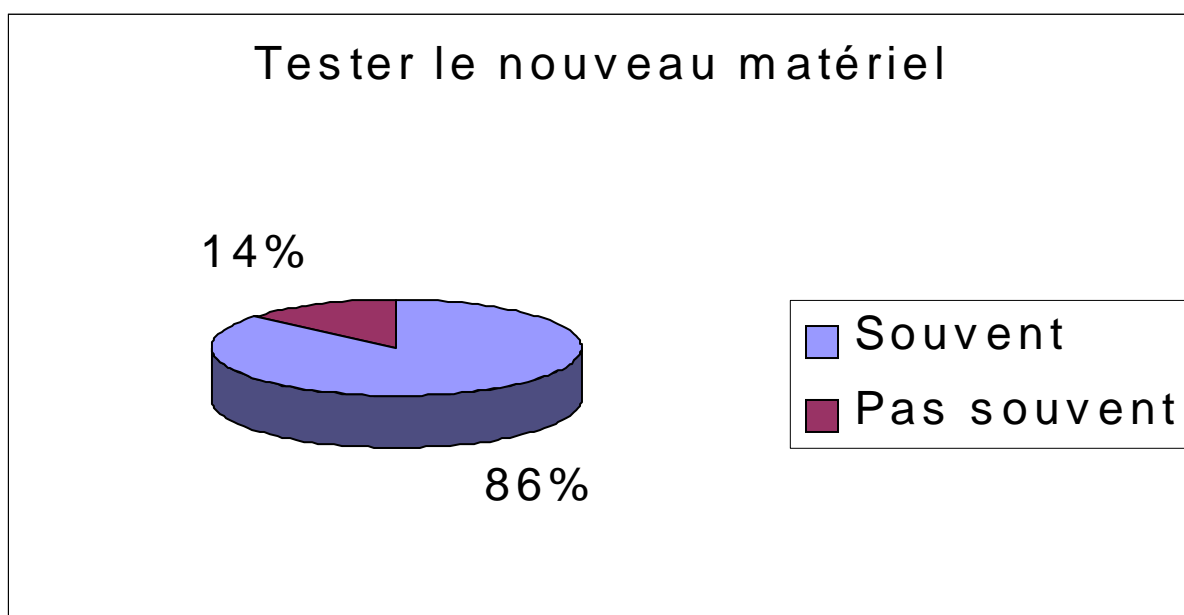
parce qu'ils y sont souvent confrontés. Or nous savons tous que la répétition de situations vécues diminue la charge de stress. D'ailleurs 100 % des personnes qui ont répondu ne pas avoir peur du changement ont par ailleurs répondu qu'ils y étaient souvent confrontés.

Pour 5 % des IADE interrogés, ils sont plus ou moins confrontés aux changements, on peut se dire qu'ils n'estiment pas forcément y être confrontés. Cette réponse pourrait avoir peu d'importance du fait du faible pourcentage, mais là encore, cet item a été ajouté par les sondés.

Devant le besoin de cet ajout, je ne peux m'empêcher de penser qu'ils voulaient préciser le caractère non rémanent de cette situation. Peut être voulaient-ils insister sur le fait que ce n'est pas, pour eux, une préoccupation quotidienne, ce qui peut aisément s'entendre.

Mais alors que dire des 13% de personnes qui ne sont pas souvent confrontées aux changements. Peut être que leur secteur d'activité n'est pas beaucoup concerné par la nouveauté. Peut être n'ont ils pas tellement la possibilité d'y accéder. D'ailleurs dans une logique certaine, toutes les personnes ayant répondu que le changement ne leur faisait pas peur, ne trouvent pas que la pratique de l'anesthésie nécessite d'être confronté aux changements. Ainsi ce n'est pas vraiment un problème puisqu'elles n'y sont pas souvent confrontées.

#### **Question 4 : tester le nouveau matériel**

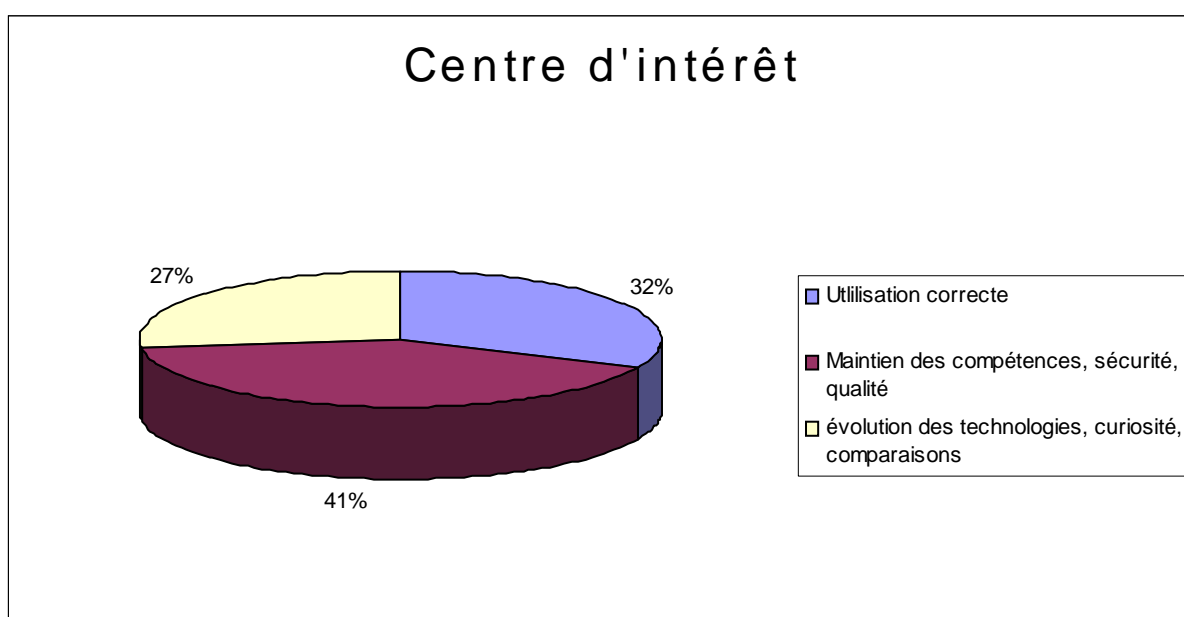


Il y a peu de place pour le doute sur cette question. La grande majorité des IADE est souvent amenée à tester du nouveau matériel. D'ailleurs les résultats peuvent être corrélés aux réponses de la question précédente. On retrouve quasi le même pourcentage. Cela confirme clairement que la discipline est en évolution constante et que celle-ci passe par la maîtrise de nouveau matériel.

Cependant il n'est pas précisé dans la question, s'il s'agit de matériel en test ou de matériel à usage définitif. En effet cet aspect aurait pu être pertinent car l'investissement développé pour s'y intéresser n'est pas le même. On s'implique d'avantage pour un matériel que l'on est amené à utiliser tous les jours.

### **Question 5 : Intérêt du nouveau matériel**

La totalité des personnes qui ont répondu à mon questionnaire ont confirmé être intéressées par l'arrivée d'un nouveau matériel au sein du bloc opératoire. J'avoue que je ne m'attendais pas forcément à ce que se soit la totalité du panel qui le soit. Ce fut une excellente nouvelle, au moins mon sujet est crédible et chacun a donc un avis à donner. D'autre part compte tenu des 100 % de « oui », j'ai eu beaucoup d'argumentation de la réponse et donc différentes idées sont ressorties.



Nous avons donc une certaines homogénéités dans la répartition des réponses. Il est à noter que plusieurs d'entre elles ont pu être données par une même personne. Pour une petite majorité, la sécurité du patient et la qualité du soin par le maintien des compétences est la préoccupation principale.

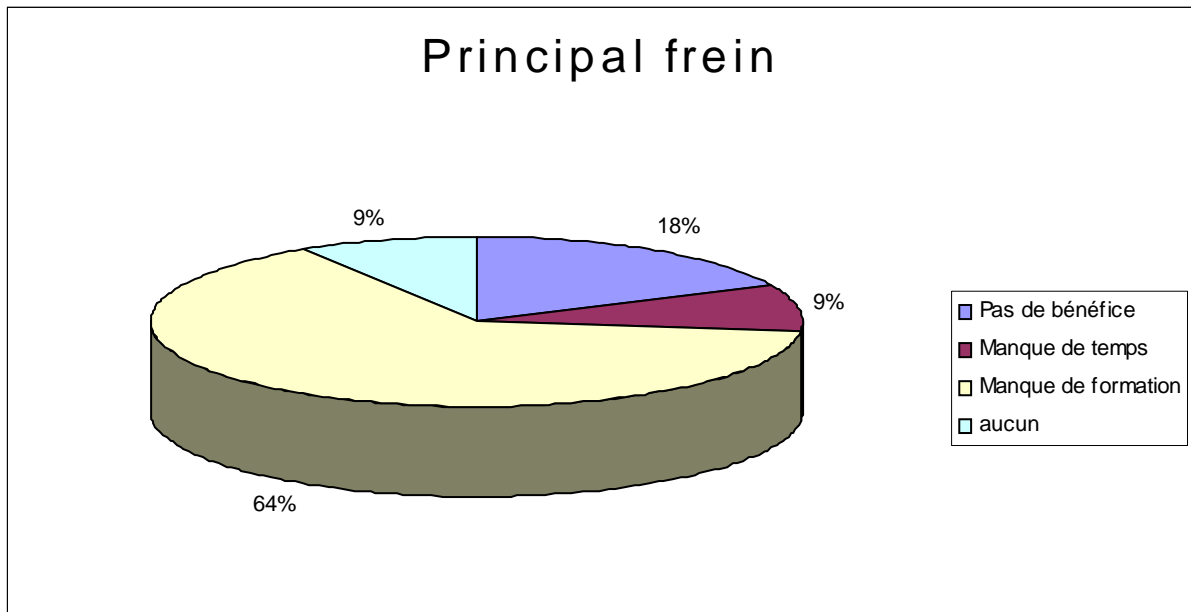
Il est rassurant de voir que l'intérêt porté au nouveau matériel vise à garantir des soins de qualité. Ce qui est un des buts législativement parlant. D'ailleurs on pourrait y ajouter facilement les 32 % ayant répondu « utilisation correcte ». Je ne les ai pas regroupé dans le graphique afin d'être le plus transparent possible sur les termes employés.

Cependant on comprend facilement que la personne désirant maîtriser le nouveau matériel, le fait pour être plus performant et donc in fine pour le bien du patient. Les derniers 27% sont regroupés sous un intérêt plus personnel : « évolution des technologies, curiosité, comparaisons ».

Il ne faut pas omettre que certains IADE ont répondu à plusieurs items. Ainsi donc 75 % environ des personnes ayant répondu que leur intérêt se portait sur « l'évolution des technologies, curiosité, comparaisons » ont également répondu qu'ils désiraient maîtriser son utilisation. On peut donc confirmer que même entouré d'une technicité importante, l'IADE tend à s'intéresser à son environnement nouveau pour le patient.

Intéressons nous maintenant au principal frein à l'utilisation d'un nouveau matériel, toujours du point de vue des IADE.

### Question 6 : Principal frein à l'utilisation

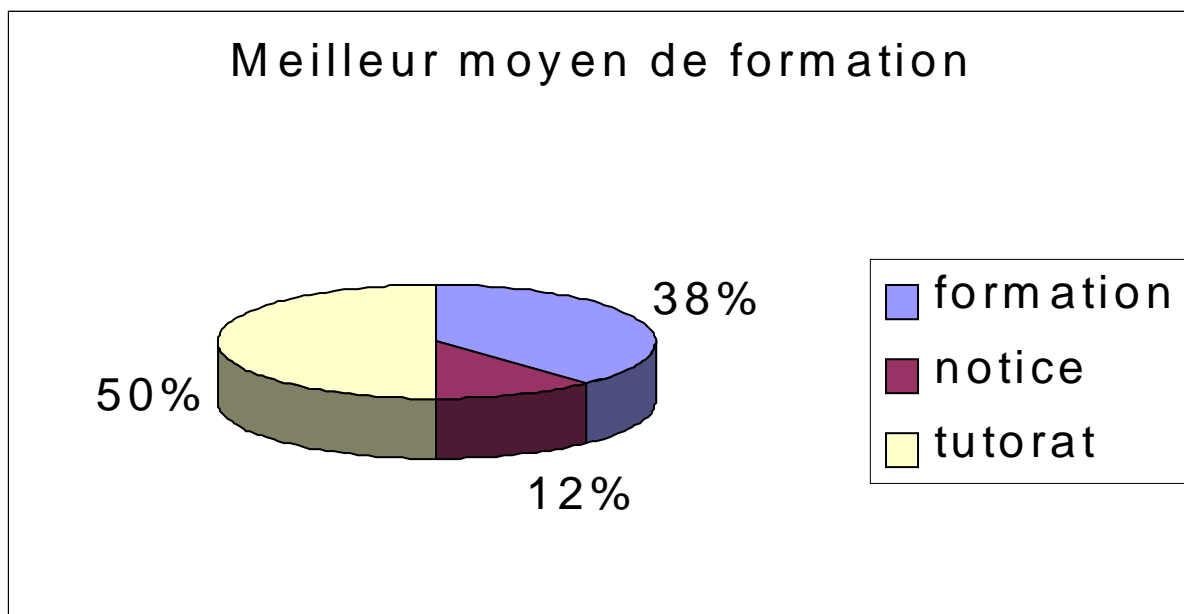


Je n'avais suffisamment envisagé les réponses possibles puisque 9 % des IADE ont ajouté l'item « aucun ». Je pense que ne rencontrant pas de problème particulier à l'utilisation d'un nouveau matériel, ils ont voulu, à juste titre, le signaler. Cette partie du panel n'est pas en lien avec la proportion de personne qui n'est pas souvent confrontée aux changements.

Il semble donc que ce n'est pas que les IADE n'utilisent pas de nouveau matériel mais que tout simplement ils n'ont pas de difficultés. Ensuite, bien que la charge de travail soit importante, le manque de temps ne semble pas être le principal frein, sauf pour 9 % des personnes interrogées.

L'IADE prend donc le temps d'utiliser du nouveau matériel. En fait, si 18% des personnes n'en voient pas le bénéfice, la majorité des personnes estiment ne pas être suffisamment formée à son utilisation. On peut également se demander si les IADE n'y voyant pas le bénéfice, n'ont, par voie de conséquence, pas manqué d'information. Formation et information semble donc être deux pistes à envisager afin de faciliter l'utilisation d'un nouveau matériel. Nous allons donc maintenant aborder les moyens de formation.

### Question 7 : Moyen de formation



Dans le cas de cette question, à peine 12% des personnes interrogées préfèrent se former seules en considérant que la meilleur moyen de formation est la lecture de la notice.

J'avoue avoir été étonné du pourcentage de cette réponse qui bien que faible, n'est pas négligeable.

Je ne pense pas qu'il faille prendre le raccourci de se dire que ces IADE sont solitaires et ne préfèrent pas travailler en équipe. Rappelons que l'IADE si il est très entouré par de nombreux professionnels qui gravitent autour de lui, se retrouve parfois seul à gérer les petits tracas du quotidien. Ainsi la lecture de la notice peut permettre de se débrouiller globalement avec un nouveau matériel. Même si ce « globalement » n'est pas suffisant pour en maîtriser l'utilisation, il permet de parer à « l'urgence ».

Pour 38% des professionnels, la formation est le meilleur moyen de se former à son utilisation. Notons donc l'importance qui est donnée à la transmission des informations et du savoir. L'utilisation d'un nouveau matériel, ne peut se passer de la pratique, l'accompagnement, la facilitation, doit passer par cela. Il est également intéressant de corréler ce pourcentage à celui de la question 6. En effet, comme constaté plus haut, 64% des personnes pensaient que le manque de formation est le principal frein à l'utilisation du nouveau matériel. De plus, en croisant ces deux

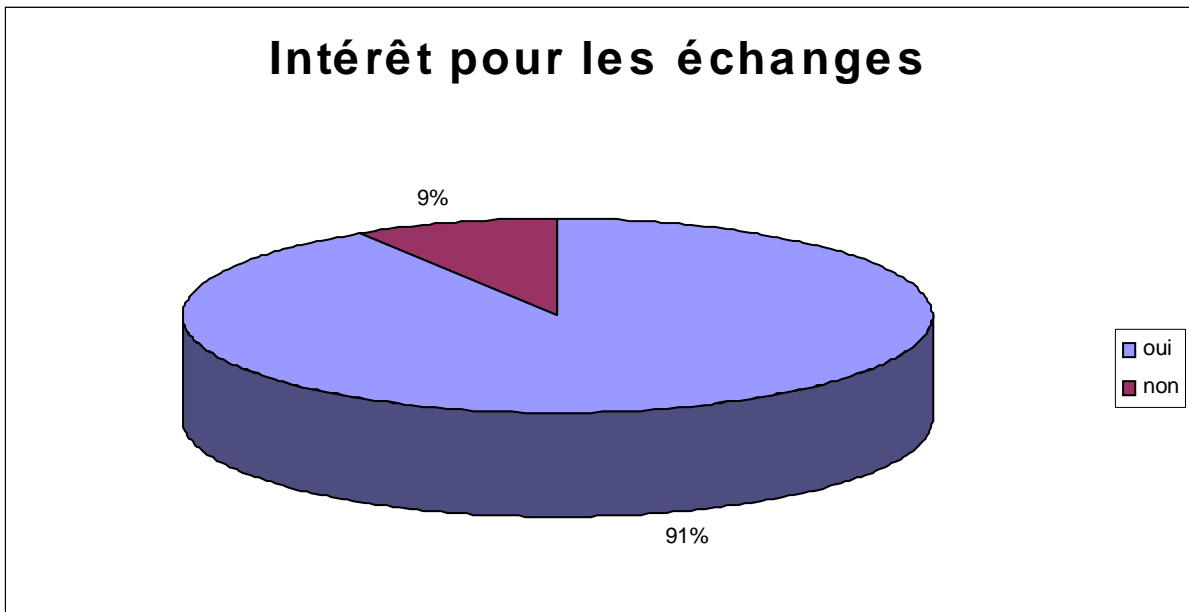
résultats on constate que la majorité des personnes considérant que la formation est le moyen est plus efficace, constate que le manque de celle-ci est le principal frein à l'utilisation d'un nouveau matériel.

La formation occupe une place importante puisque non seulement celle-ci est un moteur à l'utilisation du matériel nouveau mais son manque est un frein.

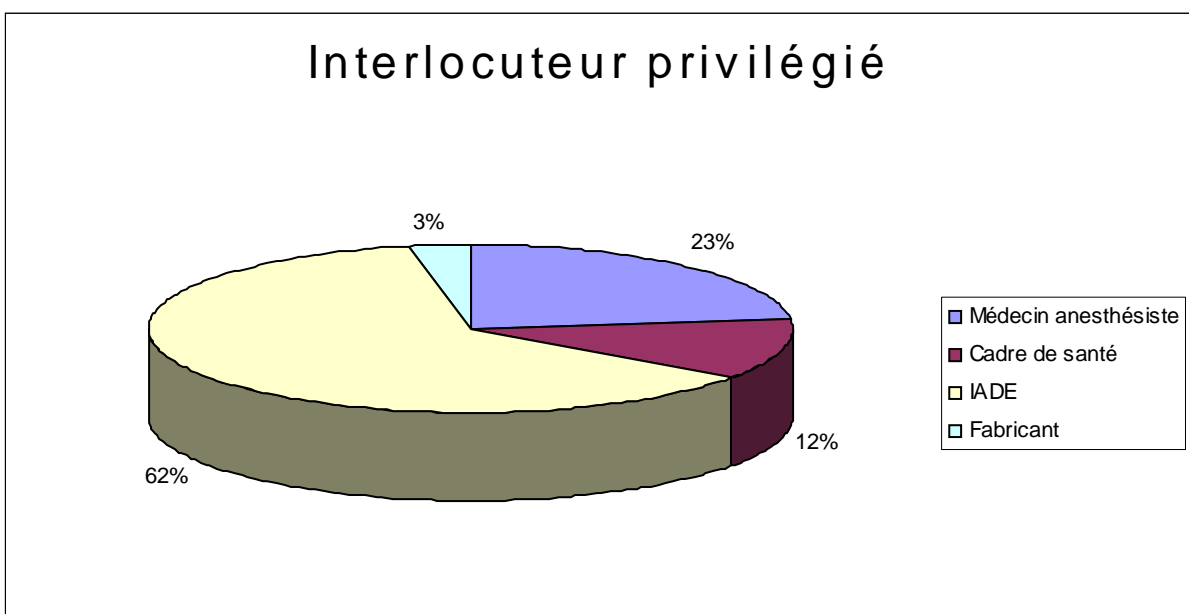
Arrêtons-nous maintenant sur les 50% de personnes considérant le tutorat par ses pairs comme le meilleur moyen de se former. Tout d'abord, précisons que j'ai employé un peu abusivement le terme de tutorat afin d'être plus parlant. En effet le terme de facilitation est très peu connu. Il faut signaler que pour 30 % des cas, les questionnés ont coché la formation et le tutorat, en ajoutant même parfois le terme de complémentarité. Ainsi leur pensée se précise, une formation oui, mais pas n'importe laquelle, la transmission du savoir et de la pratique par ses collègues. On constate bien que le rôle de l'IADE prend tout son sens puisqu'il est partie intégrante de son groupe. La dynamique du groupe semble trouver son équilibre en comptant sur ses pairs. Il ne faut pas perturber l'équilibre de celui-ci (comme nous l'avons vu précédemment).

Lors de l'arrivée d'un nouveau matériel, la facilitation devra donc passer par ce compagnonnage. Il faudra que le groupe puisse s'investir par l'accompagnement de ses pairs. Il semble donc que les collègues occupent une place importante comme nous allons le constater avec la prochaine question.

**Question 8 : Echange des impressions.**



La très grande majorité des infirmiers anesthésistes interrogée porte de l'intérêt à échanger leurs impressions sur un nouveau matériel. Cette notion était très fortement pressentie, en effet les stages m'ont montré combien les IADE aiment échanger sur leurs pratiques. En revanche ce qui est plus pertinent c'est de constater qui est l'interlocuteur privilégié.



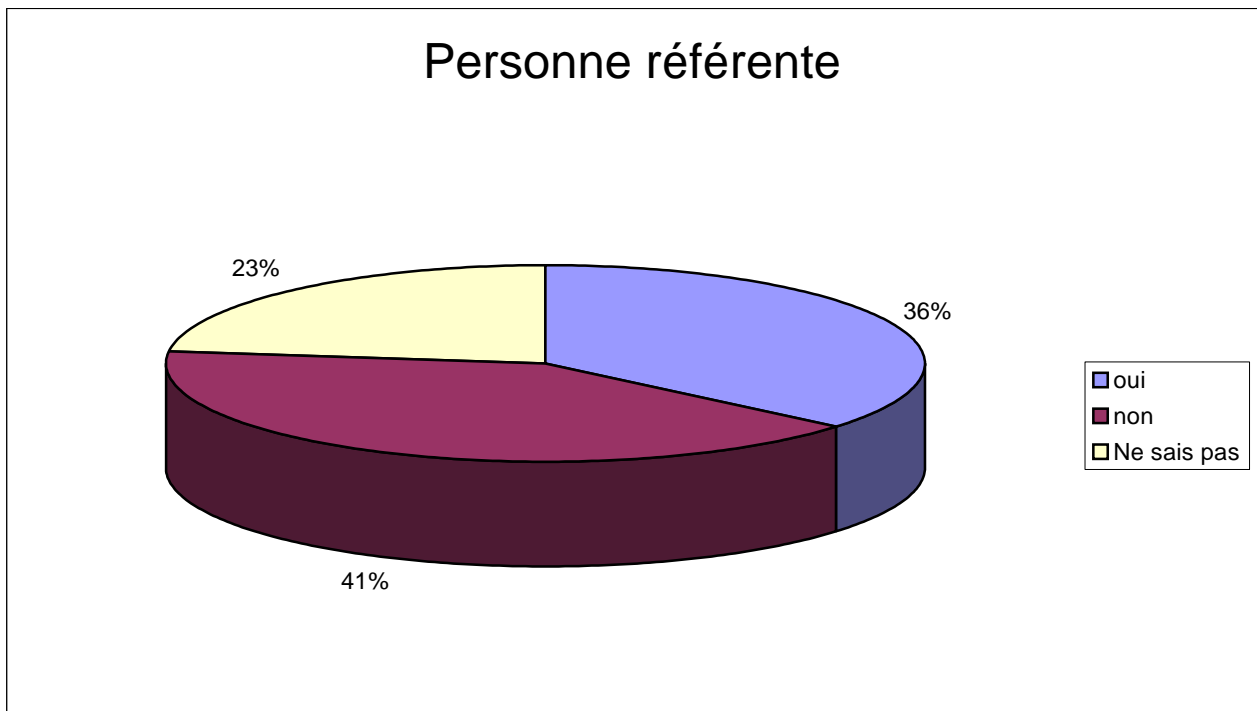


Le premier constat est que, si le nouveau matériel est en général instauré par le cadre de santé, seulement 12% des personnes échangent leurs avis avec lui. Ainsi donc l'instigateur du changement ne semble pas être, comme on pourrait le croire, l'interlocuteur privilégié pour partager ses avis. Sans parler d'emblée de résistance aux changements devant l'instigateur de celui-ci, il semble que l'IADE préfère partager ses impressions avec d'autres personnes.

Il pourrait donc être intéressant de faciliter les échanges avec le cadre afin de nourrir le débat. Le facilitateur peut donc, entre autre, être une interface d'échange avec le cadre, permettant de favoriser l'argumentation. Autre point, 23% des IADE se tournent vers le médecin pour parler d'un nouveau matériel. Il est vrai qu'il est à même d'en être également un utilisateur, ainsi donc l'échange peut avoir lieu. De plus le niveau de connaissance scientifique des médecins apporte un niveau d'expertise que l'IADE peut chercher à obtenir. Notons également que 3% des personnes sondées préfèrent échanger avec les représentants du fabricant, qui sont effectivement une source d'information fiable. Cependant la totalité de ces 3 % ont émis deux réponses, en complétant soit par le médecin anesthésiste soit par l'IADE. Ainsi même si le fabricant est à même de recevoir bon nombre de réflexions ou de questionnements, les personnes interrogées vont de toute façon vers leurs collègues.

L'IADE recherche l'avis de ses pairs à 62%. Tout comme pour la formation (question numéro sept), c'est auprès de ses collègues qu'il puise les informations nécessaires. On voit donc toute l'importance que peut avoir chaque membre du groupe composé par les IADE. Chacun pouvant endosser le rôle de ressource pour les autres.

### Question 9 : Référent, personne ressource ?



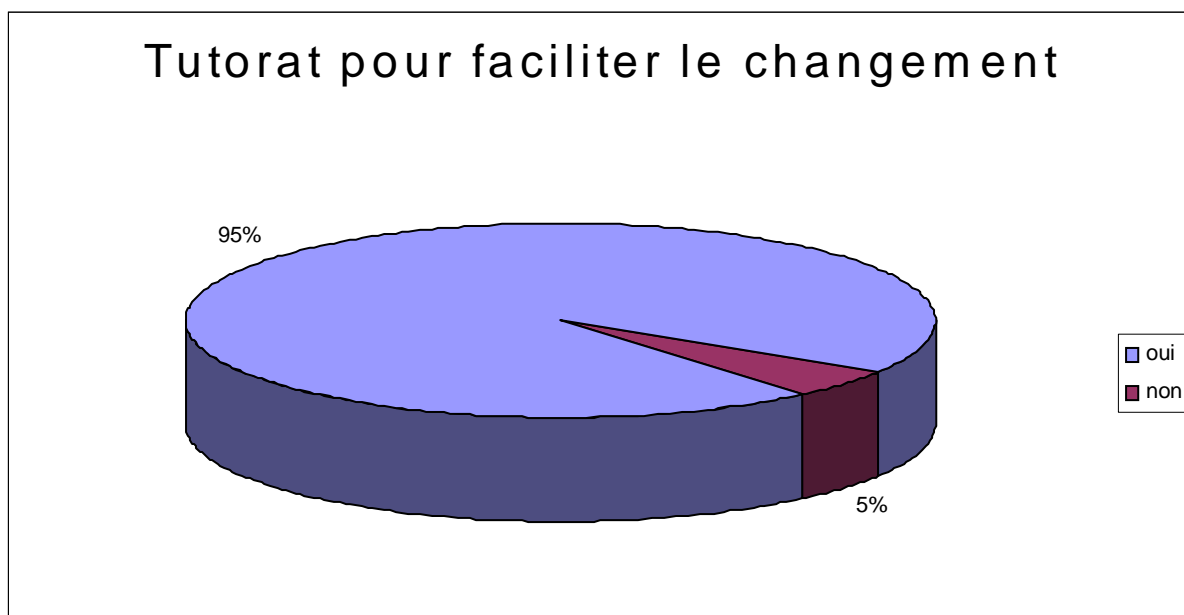
Les chiffres en eux même ne sont pas très parlants. En effet, la présence d'un référent pour l'utilisation du nouveau matériel dans 36 % des cas, absence dans 41% des cas. Il faut préciser que les réponses pouvaient varier d'un centre hospitalier à l'autre, en fonction de ce qui a été mis en place.

On peut par contre s'interroger sur le fait que quasiment le quart des personnes ignore s'il existe un référent ou une personne ressource (comme stipulé dans la question).

Peut être existe-t-il dans ce cas précis un manque d'information quant au dispositif mis en place ? L'organisation de travail de la structure ne permet peut-être pas de le savoir. En tout cas si on compte les « non » et les « ne sais pas » on obtient tout de même 64% des personnes interrogées qui finalement se retrouve sans personne ressource attitrée. Cette proportion me paraît tout de même importante, et elle peut être, je pense un frein à l'utilisation du nouveau matériel.

En effet, il me semble important, ainsi que pour les IADE (au vue des réponses à la question numéro sept), de pouvoir transmettre le savoir par le biais de ses pairs. Alors que penser d'une certaine forme de tutorat pour faciliter le changement ?

### **Question 10 : Une forme de tutorat pour faciliter le changement**



Tout d'abord, précisons que dans la question, j'ai stipulé « une certaine forme de tutorat » afin de ne pas stigmatiser le concept et le rendre trop scolaire. De plus comme je l'ai déjà dit le terme de facilitation n'est pas très connu. En découvrant les résultats, j'ai été très étonné de l'écrasante majorité de « oui ». Ainsi donc, la grande majorité des infirmiers anesthésistes interrogés pensent qu'une forme de tutorat facilite le changement.

Il pourrait notamment aider à surmonter cette appréhension de la nouveauté, de la remise en question. En effet, si un de ses pairs a appris et lui montre, le guide ou alors l'écoute tout simplement, alors l'appropriation de la nouveauté ne sera que plus facile. Dans le paragraphe sur les origines organisationnelles de la résistance aux changements, nous avons vu l'importance du phénomène de groupe. Ainsi donc au fur et à mesure de l'avancée dans l'étude des réponses au questionnaire on voit se profiler un rôle pour l'IADE : un facilitateur au changement.

Je voudrais m'arrêter sur la justification du « non » donné par 5% des personnes interrogées. En effet puisqu'il était possible de justifier sa réponse, il ressort deux aspects principaux.

Tout d'abord le fait que certaines personnes soient viscéralement opposées à la nouveauté. Je pense que dans ce cas il convient de se reporter au chapitre sur les origines individuelles de la résistance aux changements. Peut être qu'il faut également tenir compte des étapes du changement, comme vu précédemment. Ainsi chacun allant à son rythme, l'opposition ne semble pas être forcément définitive. Et puis, comme dans le domaine de la politique, il faut travailler d'avantage sur les personnes indécises afin de rallier les réfractaires, par phénomène de groupe.

Ensuite une deuxième notion est ressortie, à la justification du « non », a laquelle je n'avais pas pensée. Selon certains sondés, il faut « que chacun se sente concerné ». Ainsi donc, la facilitation qui est vu par la majorité, comme un moteur, pourrait devenir un frein dans certains cas. En effet on peut s'interroger sur le fait qu'en présence d'une personne référente, facilitatrice du changement, il n'y ait pas besoin de beaucoup s'impliquer, et d'opter pour une position passive voir attentiste. Même si peu de personne ont évoqué ce problème, la réflexion qu'il soulève est très intéressante. Puisque aucune solution n'est jamais parfaite il faut donc tenir compte dans cet aspect dans les propositions qui vont suivre.

#### 4.4 Conclusions de l'enquête

Au terme de l'enquête, je peux me satisfaire d'un premier constat : le nombre de personnes ayant répondu à mon questionnaire a été suffisamment conséquent pour que mes données aient un minimum de sens.

En effet, au début de ma réflexion je me demandais quelle pouvait être mon implication de futur professionnel dans l'arrivée de nouvelles technologies. Malgré certaines individualités quant à son propre comportement face au changement, on remarque que l'IADE prend donc le temps de s'intéresser au nouveau matériel.

C'est une constatation heureuse, puisque qu'effectivement, la nouveauté et le changement sont, dans son domaine d'activité, omniprésents. D'ailleurs, l'IADE n'estime pas avoir peur du changement tant il y est souvent confronté. Je pense que l'histoire de la profession lui a imposé de s'adapter. Même si le changement impose des remaniements, des adaptations, il suscite de l'intérêt. Celui-ci naît de l'envie de rester à un haut niveau de satisfaction professionnel. Il faut rester attentif, pour pouvoir continuer de s'approprier ce qui nous entoure. La rigueur que nécessite la pratique de l'anesthésie fait naître l'envie de maîtriser le nouveau matériel et c'est une excellente chose.

Pourtant il existe bien une carence qui a été soulevée par le questionnaire. Il semble bien que la majorité des infirmiers anesthésistes interrogés admette que la formation est le meilleur moyen de s'approprier un nouveau matériel. De plus, parallèlement ils suggèrent que le principal frein à son utilisation est le manque de formation. Ainsi, lorsque l'on sait que l'IADE aime échanger ses impressions principalement avec ses collègues, quand on sait également combien l'IADE est attaché à l'apprentissage par le biais de ses collègues, on commence à deviner la place que peut occuper un professionnel pour ses pairs. D'ailleurs c'est bien un accompagnement par ses pairs qui ressort du questionnaire comme pouvant être une aide au changement (ce que j'ai un peu abusivement nommé tutorat).

#### 4.5 Mon implication IADE

Finalement si l'IADE peut éprouver quelques difficultés à l'utilisation d'un nouveau matériel, il souhaite pouvoir le maîtriser, se l'approprier. Cependant on note que le manque d'information et/ou de formation peut le limiter dans sa démarche. Cependant, les principaux freins semblent liés à des origines individuelles et organisationnelles. Il faut donc pouvoir l'accompagner dans son processus de changement.

Qui d'autre qu'une personne travaillant dans les mêmes conditions, ayant une philosophie professionnelle voisine, puisse endosser ce rôle. L'IADE peut donc au sein de son équipe être un facilitateur au changement. Celui-ci peut aider à la réflexion, favoriser les débats, faire circuler les informations nécessaires. Il peut être le lien entre ses pairs, le fabricant, l'équipe d'encadrement.

Il ne prend pas partie pour tel ou tel matériel, puisqu'il qu'il recherche comme ses collègues, l'amélioration de la qualité et la sécurité du patient.

Notons qu'il peut faciliter l'accès à ce matériel, par le biais de dispositions prises par l'équipe d'encadrement.

Il peut faciliter les échanges en collectant les avis, il peut également être référent s'il se sent particulièrement à l'aise avec son utilisation. Il peut ainsi donc aider à manipuler concrètement ce matériel. Il peut conseiller sur la bonne utilisation de celui-ci. Un conseil est toujours mieux perçu lorsqu'il est reçu par un proche partenaire de travail. Cette dernière mission est parfois en vigueur dans certains blocs ayant un nombre d'agent important. Cette personne pourrait être moi, pourrait être un collègue, elle peut être fixe, ou changer. Il ne faut pas oublier que chacun peut être une ressource pour l'autre. Mais que chacun des maillons du groupe peut pousser celui-ci vers l'argumentation plutôt que vers la résistance. Il ne s'agit pas d'accepter aveuglément et systématiquement tout changement, ou d'adhérer absolument à tout matériel dernier cri en circulation. Il s'agit de ne pas se contenter de l'inertie, de l'attentisme. D'ailleurs l'IADE qui est un professionnel actif, possédant toutes les ressources nécessaires pour être facilitateur. Si ce terme a été quelque emprunté au monde du management c'est qui résume à lui seul la possibilité qui est offerte à l'IADE devant un nouveau matériel au bloc opératoire.

## CONCLUSION

Au terme de ma réflexion, il m'apparaît donc que l'IADE et les nouvelles technologies cohabitent au quotidien de façon régulière. La réglementation est assez claire sur ce sujet : il y a nécessité de se former et d'appréhender les nouvelles technologies.

Cependant, sur le terrain certaines difficultés apparaissent. En effet il existe donc des obstacles d'ordre individuels, liés à notre processus d'appréhension du changement, comme nous l'avons vu avec le travail de **CARTON**. Par ailleurs la dynamique de groupe et le fonctionnement institutionnel génèrent également des problèmes. Pourtant l'IADE qui est un professionnel toujours dans l'action a besoin de maîtriser le matériel qui l'entoure pour, in fine le bien du patient. Il se tourne alors vers ses pairs pour qu'il soit accompagné dans le changement et dans son appropriation.

C'est bien l'IADE, qui pour ses propres collègues, peut, si il le désire, être le pivot dans l'arrivée d'un nouveau matériel. En aidant à l'utilisation, en favorisant les débats et la discussion, en donnant accès aux informations nécessaires, en collaborant avec les autres intervenants (techniciens, cadres...), il facilite le changement. Ne serais-ce même, tout simplement que par son attitude positive, sa motivation à s'impliquer.

Finalement, demain, sur le terrain, je veillerai à rester attentif à la nouveauté, sans la chercher à tout pris, mais sans en avoir peur. En effet, le manque d'expérience a tendance à favoriser le travail sur ce que l'on commence à maîtriser. Sans avoir la prétention d'être dès demain un facilitateur pour mes collègues, je sais que c'est une mission qui me sera possible. Je sais également comment être une force propulsive au changement, au sein du groupe, et non un frein.

Avec l'évolution de la profession, au regard de la réforme LMD, la formation va encore évoluer. Il faudra être attentif aux nombreux changements qui vont arriver, et pas seulement pour le nouveau matériel. Il reste de nombreux autres changements à faciliter.

## BIBLIOGRAPHIE

« **La Dynamique des groupes restreints** » D. Anzieu et J.-Y. Martin, , Paris, PUF, 1994

**Tutorat : richesses d'une méthode pédagogique** Alain Baudrit, , édition De Boeck, 2002

**Sciences humaines et sociales PCEM1** S. BIMES-ARBUS, Y.LAZORTHES,D. ROUGE Ed MASSON

**Eloge du changement** CARTON.G 2<sup>ème</sup> Edition, Marsat, Village mondial 2004

« **de l'acte pédagogique au changement social ? L'exemple de la démarche de soins** » CHABOISSIER M, Comprendre pour réussir le changement Vincennes MARS 1996

**Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre** Marcel Lebrun, Editions De Boeck, 2002

### Revue :

« **changement et résistance au changement dans une unité de soin.** » Revue de l'infirmière, juin 1985, N°11,

« **Comment les IADE lisent-ils les revues professionnelles ?** » Oxymag N°91 Novembre, Décembre 2006

« **La motivation** » Les nouveaux cahiers de l'infirmières, SCIENCES HUMAINES

« **Les nouvelles techniques sans HIC** » Infirmière magazine, février 2004, N°190,



Internet :

[www.gouv.fr/htm/dossiers/soins\\_inf/index.htm](http://www.gouv.fr/htm/dossiers/soins_inf/index.htm)

<http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/136-notion-de-groupe-la-dynamique-de-groupe.html>

[www.Sfar.org](http://www.Sfar.org)

Référentiel métier de la fonction publique hospitalière ; « veille professionnelle »

# **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs les IADE,

Dans le cadre de mon travail d'intérêt professionnel ayant pour thème « L'IADE et le nouveau matériel au bloc opératoire », je me permets de vous demander de bien vouloir répondre à mon questionnaire. Conscient de la charge de travail qui vous incombe celui-ci est rapide et ne prendra pas beaucoup de votre temps. Merci par avance de faire avancer mon travail.

Damien DEVERRE, Elève IADE CHU REIMS  
Promotion 2008-2010

1- Quel est votre niveau d'expérience professionnelle ?

- 0-5 ans
- 5- 10 ans
- 10-15 ans et plus

2-Diriez vous, de manière générale, que le changement vous fait peur ?

- Oui
- Non

3-Diriez-vous que la pratique de l'anesthésie nécessite d'être souvent confronté aux changements et donc à la nouveauté ?

- Oui
- Non

4- Etes-vous souvent amené à tester ou utiliser un nouveau matériel au sein du bloc opératoire ?

- Oui
- Non

5-Lors de l'arrivée d'un nouveau matériel, lui portez vous vous de l'intérêt ? pourquoi ?

- Oui car
- 
- 

- Non car
- 
-

6- Quel est, selon vous, le principal frein à l'utilisation de ce matériel ?

- Vous n'y voyez pas le bénéfice
- Le manque de temps
- Le manque de formation à son utilisation

7- Quel est donc selon vous le meilleur moyen de se former à l'utilisation d'un nouveau matériel ?

- Une formation
- La lecture de la notice
- Le tutorat par ses pairs

8- Portez-vous de l'intérêt à échanger vos impressions sur un nouveau matériel ?

- Oui, avec qui ? \_\_\_\_\_
- Non

9- Existe-t-il, parmi vos collègues, un référent ou une personne ressource pour l'utilisation d'un nouveau matériel ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

10- Pensez-vous qu'une certaine forme de tutorat puisse faciliter le changement ?

- Oui
  - Non, car
- 
-