

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris EST Créteil Val de
Marne

Diplôme de Cadre de **Santé**



Bloc Opérateur : Le Facteur Humain
Atout ou défi pour le cadre de santé ?

Maryline SECQ

2011-2012

DCS 11-12

Remerciements

L'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aide et le concours de personnes que je tiens à remercier sincèrement :

Mme Marie-Claire FONTA, ma directrice de mémoire, pour ses conseils précieux, son soutien et son accompagnement tout au long de ce travail.

Tous les professionnels qui ont accepté de participer à cette recherche en livrant sincèrement leurs ressentis et leurs expériences face à la problématique évoquée.

Mes amis et ma famille pour leur soutien et leur compréhension durant cette année de formation dense et riche.

A Eric, Pierre et Lou

Sommaire

Introduction	5
1 D'un constat situationnel à un questionnement	6
1.1 Les constats d'une expérience personnelle.....	6
1.2 Situations vécues	8
1.3 Conséquences observables	9
1.3.1 L'organisation	10
1.3.2 Les personnels.....	10
1.3.3 Le patient.....	11
1.4 Questionnement et hypothèses soulevées.....	11
2 Cadre contextuel	14
2.1 Le bloc opératoire.....	14
2.1.1 Un lieu singulier : Entre héritage historique et mythe	14
2.1.2 Le fonctionnement, les contraintes	15
2.1.3 Nouvelles contraintes institutionnelles	17
2.2 La « communauté » du bloc opératoire	18
2.2.1 Une communauté « endogène ».....	19
2.2.2 L'équipe médicale.....	20
2.2.3 L'équipe paramédicale.....	21
2.2.4 Le cadre de santé.....	23
2.3 Aspects règlementaires	24
2.4 Conclusion du cadre contextuel.....	26
3 Cadre Conceptuel	27
3.1 La psychologie sociale	27
3.1.1 Définition et approche historique.....	27
3.1.2 L'approche psychosociale.....	28
3.1.3 La relation sociale	28
3.1.4 La théorie des représentations sociales	30
3.2 La dynamique des groupes restreints	31
3.2.1 Le concept de groupe	31
3.2.2 Les théories du fonctionnement groupal.....	33
3.3 L'identité professionnelle.....	36
3.4 La cohésion d'une équipe.....	38
3.5 Les dynamiques de pouvoir.....	39
3.6 La communication	40

3.6.1	Les éléments de la communication	40
3.6.2	Les différents modes et enjeux de la communication	42
3.7	Le conflit	43
3.7.1	Définition du conflit	43
3.7.2	Les sources du conflit	44
3.7.3	Le scénario du conflit	45
3.7.4	Les différents types et catégories de conflits	46
3.7.5	Les répercussions psychologiques	47
3.7.6	Les stratégies de gestion des conflits	47
4	Enquête de terrain	49
4.1	Méthodologie de recherche	49
4.1.1	Les populations enquêtées	50
4.1.2	Les lieux d'enquête	51
4.1.3	L'outil de recherche	51
4.1.4	Déroulement des entretiens	52
4.2	Les limites et points forts de l'étude	52
4.3	Présentation des données	53
4.3.1	Méthodologie de présentation des résultats	53
4.3.2	1 ^{ère} thématique : La qualité des relations humaines au bloc opératoire	54
4.3.3	2 ^{ème} thématique : Le stress	57
4.3.4	3 ^{ème} thématique : Le conflit	63
4.3.5	4 ^{ème} thématique : Le management	69
4.3.6	Synthèse des données	73
4.4	Analyse	75
4.4.1	1 ^{ère} thématique : La qualité des relations humaines au bloc opératoire	76
4.4.2	2 ^{ème} thématique : Le stress	77
4.4.3	3 ^{ème} thématique : Le conflit	79
4.4.4	4 ^{ème} thématique : Le management	80
5	Limites du travail et pistes de réflexion	82
5.1	Limites du travail	82
5.2	Pistes de réflexion	83
	Conclusion	86
	Bibliographie	88
	Annexes	

Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

GH : Groupe Hospitalier

HAS : Haute Autorité en Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IBO : Infirmière de Bloc Opératoire (non spécialisée)

IPOP : Informatisation du Programme OPératoire

ISO : Infection de Site Opératoire

MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers

T2A : Tarification A l'Activité

UNAIBODE : Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat

Avertissement pratique

Entendre partout :

- ✓ Pour cadres, cadres de santé
- ✓ Pour IBO, IBODE et IDE exerçant en bloc opératoire
- ✓ Pour professionnels, professionnelles
- ✓ Pour patient, patiente

Introduction

Emblématique de l'hôpital mais peu connu du public, et parfois même du reste de l'hôpital, le bloc opératoire est un haut lieu d'expertise humaine et de haute technicité où rigueur et coordination conditionnent au quotidien, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Cette plateforme à haut risque est un lieu d'interfaces complexes dont la performance et la sécurité dépendent de l'articulation des différents acteurs et du respect des bonnes pratiques. Son organisation requiert une coordination sans faille pour un fonctionnement optimisé et sans heurts.

Or, force est de constater que le bloc opératoire est également une microsociété où les relations interpersonnelles entre ses membres y prennent une place prépondérante. Elles sont souvent source de conflits, de stress mais également d'un fort sentiment d'appartenance à un groupe aux codes et valeurs communes. Les identités professionnelles y sont fortes et chaque professionnel a une place bien définie qu'il entend défendre. C'est pourquoi, le **Facteur Humain** fait partie intégrante de la gestion du bloc opératoire. Ceci représente un défi pour le cadre de santé mais peut également être un atout pour une organisation harmonieuse.

Comme le cite Antoine de Saint- Exupéry « *La grandeur d'un métier est peut-être avant tout, d'unir les Hommes. Il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des Relations Humaines. En travaillant pour les seuls biens matériels, nous bâtissons nous-mêmes notre prison, avec notre monnaie de cendre qui ne procure rien qui vaille de vivre* ».

Au regard de mon expérience personnelle, et des constats que j'ai pu effectuer, il m'a semblé particulièrement intéressant de comprendre le fonctionnement humain au sein de ces équipes si particulières. Ceci afin et de m'en enrichir professionnellement, et de pouvoir l'exploiter au mieux dans mon futur exercice en tant que cadre de santé de bloc opératoire.

Au cours de ce travail, j'exposerai dans un premier temps, mes constats personnels résultants de mon expérience professionnelle ainsi que le questionnement qui en découle. Il m'a semblé opportun dans un deuxième temps d'exposer les particularités du bloc opératoire dans un cadre contextuel, afin de mieux cerner la problématique étudiée. Ensuite, afin de comprendre ces particularités, des concepts théoriques en lien seront exposés. La dernière partie de ce travail a été de réaliser une enquête de terrain afin de corroborer mes propres constatations, mais également, de découvrir l'approche et le ressenti de différents professionnels quant à cette thématique. Une analyse de ces observations sera ensuite réalisée, en lien avec les concepts théoriques et ma propre expérience professionnelle.

1 D'un constat situationnel à un questionnaire

1.1 Les constats d'une expérience personnelle

Ce qui caractérise le fonctionnement de toute société se résume assez largement dans les relations humaines. Passé les murs de nos hôpitaux, cette réalité n'en est que plus vraie. En effet, dans cette espace clos, les relations sociales sont exacerbées. Bien que tous les professionnels aient pour motivation la prise en charge des patients dans le contexte d'une démarche qualité optimale, de nombreux dysfonctionnements proviennent de difficultés relationnelles entre eux. Ces difficultés ont souvent pour origine une méconnaissance des impératifs de l'autre, une communication trop parcellaire voire inexistante.

Au cœur de ces hôpitaux, se trouve le bloc opératoire. Cet « Etat dans l'Etat » est une microsociété où toutes les interactions sociales sont intensifiées.

Si je devais résumer en un mot mes treize années passées au bloc opératoire, je choisirais « émotions ». Des plus positives au plus négatives, ce lieu si particulier, est une source de relations interpersonnelles et interprofessionnelles intenses, qui ont de façon indéniable une incidence majeure sur le déroulement de l'acte chirurgical.

Après trois ans d'exercice de la profession d'infirmière dans différents services, j'ai choisi d'orienter mon parcours professionnel vers le bloc opératoire. J'avais une représentation de ce lieu liée à sa réputation de haute technicité et d'intensité de travail.

Lors de ma prise de poste, en tant qu'infirmière diplômée d'état au bloc opératoire, mes premières constatations furent la diversité et le nombre important des acteurs qui participent à la prise en charge du patient. Chacun étant, de façon différente, pris et cloisonné dans sa pratique professionnelle. L'appréhension du rôle de chaque acteur a nécessité du temps et de l'observation. Il s'est dégagé de façon majeure la notion de groupe, avec des codes de langage spécifiques, et des interactions fortes.

La prise en charge de ma formation par mes collègues IBODE, fut décisive dans ma prise de conscience de l'importance des relations humaines au bloc. Celle-ci ont ciblé la formation autant sur les connaissances théoriques propres à la chirurgie, que sur les codes de fonctionnement et l'intégration au groupe. Je n'ai mesuré que plus tard, face à des équipes excluant un nouvel arrivant pour des raisons subjectives, la qualité et l'impact de ma formation sur le reste de ma carrière.

Au cours de mon exercice professionnel, et au gré des aléas de la chirurgie, j'ai pu assister à des instants de vive tension, de stress, de conflits déstabilisants pour l'équipe, entre

différents acteurs tels que le chirurgien et l'anesthésiste, mais aussi entre le chirurgien et les IBODE¹. Ces situations de malaise professionnel et personnel, aboutissant parfois même à des larmes, m'ont beaucoup interpellée. Comment comprendre puis interpréter ces comportements groupaux ? Pourquoi la gestion du stress opératoire devrait-elle aboutir à des conflits ?

En parallèle de cette dynamique de groupe particulière et de ces conflits, j'ai pu constater que les relations de genre², ont une place et un impact non négligeable sur la chirurgie. Tel chirurgien ayant des affinités pour telle panseuse changera d'attitude en sa présence en salle, deviendra plus agréable parfois même plus confiant dans le bon déroulement de l'acte chirurgical. A l'inverse, son attitude sera désagréable parfois incorrecte si son choix de travailler avec une ou plusieurs personnes correspondant à ses affinités n'est pas respecté.

Si l'opérateur manque de confiance dans son équipe, soit par une méconnaissance mutuelle, soit par non reconnaissance de l'individu ou de ses compétences, l'ambiance deviendra délétère et source de stress. Ces situations de tensions majorent inévitablement les risques chirurgicaux³.

Les relations sociales, dans ce milieu aux codes et rites si particuliers, me sont donc apparues comme une réalité à ne surtout pas négliger, bien que l'évocation de certains aspects en soit très souvent tabou. Les représentations sociales de chaque individu, fondement du système mental, ont un impact sur les relations entre les individus ainsi que sur les phénomènes groupaux qui en résultent. En effet, ces relations tendues, ces dérives de comportements et de langage sont directement liées au lieu, le bloc opératoire, et à ses représentations de l'humain, de la mort ainsi qu'à la dynamique de groupe.

Après avoir vécu ces expériences au sein même de l'équipe chirurgicale, en tant qu'IBODE, j'ai eu l'opportunité d'exercer en tant que faisant fonction de cadre de santé au bloc opératoire. J'ai pu à cette occasion mesurer l'importance des interactions professionnelles et humaines. Ces éléments sont indéniablement à prendre en compte dans la gestion de l'équipe pluridisciplinaire du bloc opératoire. Mais comment les intégrer à un management basé sur l'équité et sur la qualité de la prise en charge du patient, qui bien qu'endormi a une place prépondérante qu'il ne peut défendre personnellement !

¹ C. BANNEEL (2003), *IBODE-Chirurgien, duo ou duel ? Interbloc*, Tome XII, n°2, pp. 102-104

² N. LE VERGE (2008), *Les enjeux des rapports de séduction entre chirurgiens et infirmières au bloc opératoire*, *Interbloc*, Tome XXVII, n°3, pp.195-198

³ M. CEPISUL (2008), *Respect des compétences et communication au sein du bloc opératoire*, *Interbloc*, Tome XXVII, n°3, pp. 200-202

Je me suis donc interrogée sur les représentations sociales, la dynamique de groupe ainsi que l'importance de la communication au sein de cette équipe du bloc opératoire. Comment les interpréter, les analyser ? Quels en sont les impacts sur l'organisation et sur les risques psychosociaux ? Comment prendre en compte et endiguer le stress généré par la chirurgie ou les situations conflictuelles ?

J'ai pu constater au cours de diverses situations difficiles, stressantes, voire de conflits, l'importance de la communication et de la collaboration entre les différents professionnels intervenant dans l'acte chirurgical. La connaissance des impératifs professionnels de l'autre est également impérative. Selon Michel CEPISUL, cadre de santé de bloc opératoire, « *Plusieurs facteurs contribuent à garantir l'efficacité de la collaboration médecin-infirmier(e), notamment la qualité de la communication, la perception que chaque membre de l'équipe se fait du niveau de compétence de ses collaborateurs, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, ou encore l'expertise détenue par chaque professionnel et reconnue par l'équipe* ». ⁴

1.2 Situations vécues

J'ai eu à observer au cours de mon expérience professionnelle des situations de dysfonctionnement dont voici deux exemples. Le premier met en avant des pratiques professionnelles génératrices de tensions. Le second expose une situation de rapports conflictuels, suite à un changement d'organisation de pratique, aboutissant en cours de chirurgie une ambiance délétère

Dans la salle de chirurgie d'urgence, ouverte jour et nuit les patients sont opérés selon leur degré d'urgence mais aussi selon la disponibilité du matériel correspondant au type de chirurgie à effectuer, et selon des critères d'organisation du bloc opératoire. Il arrive que certains chirurgiens ou anesthésistes présents dans cette salle le matin y soient aussi prévus de garde la nuit. Leur intérêt personnel est que le maximum d'actes chirurgicaux soit effectué la journée. C'est pourquoi il arrive parfois que l'équipe d'anesthésie s'occupe elle-même de l'organisation de la venue du patient suivant, sans se concerter avec le reste de l'équipe quant à la disponibilité du matériel. Au cours de cet exemple, le patient prévu n'étant pas à jeun, l'équipe d'anesthésie avait inversé l'ordre de passage des patients, afin d'optimiser le temps opératoire, et fait descendre un autre patient, sans se soucier des contraintes matérielles. Le

⁴ M. CEPISUL (2008), op. cit., p.201

patient étant descendu, sans que l'IBODE en soit informée, elle s'est aperçu d'un manque de matériel spécifique. Il s'en est suivi des échanges tendus entre l'équipe chirurgicale et l'équipe d'anesthésie. Cela a également eu pour conséquence une désorganisation dans la continuité du programme. De plus, le temps de pallier cette situation, de trouver le matériel en stérilisation, de préparer et d'installer la salle d'opération, cela s'est traduit par un long temps d'attente pour le patient, générateur d'angoisse et de stress.

Depuis janvier 2010, une procédure de check-list émanant de la HAS, a été mise en place et est devenue une pratique avancée exigible dans les blocs opératoires, en début de chaque chirurgie. Elle consiste en une liste de diverses vérifications croisées s'effectuant à haute voix. Sa mise en place n'a pas été simple, car elle a réinterrogé des organisations établies, nécessitant la présence simultanée de tous les acteurs en salle d'opération. Les IBODE soucieuses d'appliquer cette nouvelle norme de bonne pratique se sont parfois heurtées à des difficultés pour obtenir les conditions optimales afin de renseigner les différents items. Cette ultime vérification étant parfois vécue par l'équipe chirurgicale comme une remise en cause de leur connaissance du dossier médical du patient et donc une perte de temps.

Au cours d'un acte chirurgical, un chirurgien trouvant cette activité redondante avec ses propres vérifications, a exprimé son mécontentement face à cette longue procédure et refusé de répondre à haute voix aux différents critères en précisant « tout est écrit dans le dossier ». Cela a créé un conflit entre l'équipe chirurgicale et l'équipe paramédicale, lié à une méconnaissance de cet outil. L'IBODE refusant de continuer l'acte chirurgical, selon les recommandations de l'institution, le chirurgien a fait appeler la cadre du bloc opératoire pour résoudre la situation. Celle-ci a à nouveau expliqué la procédure, justifié son utilité ainsi que son caractère obligatoire. Le chirurgien a finalement accepté de se plier à cette nouvelle règle. Pour autant, la suite de l'acte chirurgical fut « tendue » et une désorganisation liée à la perte de temps constatée.

Dans ces deux situations il est évident qu'un manque de communication en amont est source de désorganisation. Mais quelles sont les raisons de ce manque de communication ? Les relations humaines ont-elles une influence sur la qualité de l'organisation ?

1.3 Conséquences observables

Tous ces dysfonctionnements relationnels et de communication ont des conséquences observables au sein de la structure.

1.3.1 L'organisation

L'organisation optimale du bloc opératoire demande une programmation stricte. Les horaires, les temps opératoires sont anticipés et organisés. Hors un manque de coordination entre les différents acteurs est source de perte de temps qui entraîne un retard dans la programmation. Les conséquences peuvent être des débordements de vacation opératoire, générateurs d'heures supplémentaires pour le personnel ou des reports de chirurgie au lendemain, quand le programme le permet.

Les contraintes d'organisation du bloc opératoire sont nombreuses et ne permettent que peu d'adaptation au regard des différents dysfonctionnements. C'est pourquoi chacun d'entre eux prend une importance majeure.

1.3.2 Les personnels

Le stress inhérent à ces situations conflictuelles a des conséquences importantes sur les professionnels du bloc opératoire⁵. Hormis la résolution immédiate des problématiques, le sentiment d'insatisfaction lié à une mauvaise qualité de prise en charge du patient ou le stress sont chez les soignants des facteurs de risques psychosociaux. « *Les risques psychosociaux (RPS) ne sont définis, ni juridiquement, ni statistiquement, aujourd'hui, en France. Ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. (...) Les accords conclus à l'unanimité par les partenaires sociaux en matière de stress (juillet 2008) et de harcèlement et violence au travail (mars 2010), permettent de s'appuyer sur des définitions relativement consensuelles, qui reconnaissent le caractère plurifactoriel des RPS, admettent l'existence de facteurs individuels mais aussi organisationnels* »⁶. Ces risques peuvent entraîner une sensation de découragement, de désintéressement au travail, et de façon plus intense, de dépression voir de « burn-out ».

La complexité et l'intensité du travail ainsi que l'évolution des techniques chirurgicales ont une charge mentale cognitive importante pour le personnel du bloc opératoire. Chaque nouvelle technologie, chaque nouveau matériel demande une implication forte des professionnels, tant en formation qu'en mise en œuvre. Les compétences de chacun sont régulièrement réinterrogées et leur remise en question déstabilisante. C'est pourquoi la désorganisation et le stress prennent une place prépondérante. En effet, les programmations

⁵ E. GROLLAU (2008), *Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradations relationnelles*, *Interbloc*, Tome XXVII, n°3, p.186-188

⁶ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, disponible sur : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>, consulté le 23/02/2012

non respectées, les journées désorganisées et les débordements générateurs d'heures supplémentaires sont sources d'angoisse et de risques de psychopathologies du travail⁷.

« En matière de « stress », il apparaît que celui-ci n'est pas forcément proportionnel à la gravité des situations opératoires et qu'il varie en fonction non seulement des tempéraments individuels, mais aussi des conditions de travail collectives et des relations professionnelles. C'est le comment qui compte, c'est-à-dire le contexte humain, relationnel et symbolique. Or ce dernier est longtemps passé pour accessoire et même « non professionnel » dans les milieux techniques. »⁸

Agir sur le stress et les risques psychosociaux est une nécessité qu'il faut prendre en compte afin d'établir un environnement de travail positif, pour une qualité de vie au travail favorisant indéniablement la qualité des soins.

1.3.3 Le patient

Le report d'une chirurgie est inévitablement source de stress pour le patient. Sa confiance envers le chirurgien et l'établissement est alors remise en question. Il en ressort également une impression de moins bonne prise en charge et aboutit à une insatisfaction du patient. De plus, il arrive que le patient soit témoin de ces situations conflictuelles. Cela majore ainsi le stress inhérent à toute chirurgie. La qualité de la prise en charge en est alors largement impactée et l'objectif commun d'efficience de tous ces professionnels mis à mal.

Actuellement acteur de sa propre santé, le patient n'hésite plus à légitimement faire valoir ses droits. Ceci contribue également à majorer, pour les professionnels, le stress lié aux risques chirurgicaux, ou lié à la survenue d'infections nosocomiales.

1.4 Questionnement et hypothèses soulevées

Suite à mon expérience personnelle, à ces situations observées, ainsi qu'aux conséquences constatées, j'en arrive à un questionnement sur l'origine de ces difficultés relationnelles ainsi que l'impact de celles-ci sur l'organisation du bloc opératoire. En effet, il est nécessaire d'évaluer cette notion de stress et ses conséquences : quelles en sont ses origines, en quoi influence-t-elle le quotidien de blocs opératoires ?

⁷ H. VAILLE (2003), *La psychopathologie du travail*, disponible sur : http://www.scienceshumaines.com/la-psychopathologie-du-travail_fr_3666.html, consulté le 22/02/2012

⁸ M-C. POUCHELLE (2008), *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière-2*, Paris, Editions Seli Arslan, p.117

Un questionnement émerge donc de ces réflexions :

Quel est l'impact des relations humaines dans le fonctionnement du bloc opératoire ?

Le bloc opératoire est une structure spécifique combinant haute technologie et expertise professionnelle. Une organisation sans faille et une coordination de tous les acteurs sont indispensables à l'efficacité de son fonctionnement. En effet, ce lieu fermé a pour unique finalité la qualité de la prise en charge du patient ainsi que sa sécurité, nécessitant un travail d'équipe optimal.

L'équipe de cette unité, composée de tous les professionnels spécialisés qui participent à cette prise en charge, est à elle seule ce que l'on nomme en psychologie sociale un groupe restreint. Chaque profession, qui compose cette équipe pluridisciplinaire, a une histoire, des rites et des représentations sociales qui en font des sous groupes à part entière. La première incidence de cette subdivision au sein d'un même groupe, est un manque de communication interférant dans la gestion des relations inter-groupales. La façon dont s'effectuent ces échanges conditionne les relations entre les personnes.

*« Il faut de plus, composer avec le comportement d'individus qui sont parties intégrantes du système; ce comportement qui est souvent imprévisible parce que soumis au libre arbitre de chacun. L'être humain possède en effet la capacité d'interpréter son comportement ainsi que celui de ceux qui l'entourent et de le modifier en conséquence ».*⁹

La coordination de tous les acteurs du bloc opératoire apparaît donc comme fondamentale. Mais dans ce type d'organisation catégorisée comme une bureaucratie professionnelle, selon la classification d'Henri MINTZBERG¹⁰, basé sur les compétences et les savoirs il y a peu de place pour les relations interpersonnelles. *« Pour coordonner ses activités, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation.(...) Le professionnel, qui contrôle son propre travail, agit donc de façon relativement indépendante de ses collègues mais reste proche des clients qu'il sert.(...). La plus grande coordination*

⁹ J. LOUIS (2008-2009), *Bloc opératoire et secteur de chirurgie : enjeux de communication*, Mémoire Cadre de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Psychothérapique de Nancy, 126p.

¹⁰ H. MINTZBERG (1995), *Structure et Dynamique des organisations*, Paris Montréal : Ed. d'organisation ; Ed. Agence d'Arc-Deuxième tirage, Chapitre 19

*nécessaire est réalisée par la standardisation des qualifications et du savoir : chacun sait ce qu'il peut attendre des autres parce qu'il l'a appris ».*¹¹

Chaque acteur est donc centré sur la réalisation des procédures et des processus qui lui sont propre et peu enclin à y intégrer les impératifs des autres catégories professionnelles.

De ces constats situationnels et de ce questionnement quant à l'impact des relations humaines sur l'organisation du bloc opératoire, des hypothèses émergent.

Ma première hypothèse est que les identités professionnelles fortes sont sources de clivage et d'incompréhension entre les différentes catégories professionnelles du bloc opératoire.

Ma deuxième hypothèse est que l'évolution des contraintes, qui pèsent sur l'organisation des blocs opératoires, est potentialisatrice des conflits dans les relations interpersonnelles et interprofessionnelles au sein de l'équipe du bloc opératoire.

A travers ce mémoire, j'ai saisi l'opportunité de traiter ce thème qui m'intéresse spécifiquement, au regard de ses conséquences importantes sur l'ambiance du bloc opératoire mais également sur les professionnels y exerçant. Ce travail d'initiation à la recherche me permettra d'approfondir et d'aborder cette problématique différemment. Dans cette finalité, l'approche psychosociologique me semble particulièrement adaptée. En outre, le groupe que je souhaite observer dans ce travail se restreint aux acteurs présents en salle d'opération lors de l'acte chirurgical, le cadre de santé étant le seul élément non directement impliqué dans la réalisation de l'acte mais servant de lien entre tous les professionnels en tant que marginal sécant. En effet, ces divers professionnels sont au cœur de l'acte chirurgical et, de ce fait, subissent différentes pressions tant chirurgicales qu'institutionnelles. Tous ces acteurs représentent un groupe restreint dont le mode de fonctionnement est décrit en psychologie sociale. Ainsi, selon cette approche, des concepts et pistes de réflexion sur l'origine et les causes de certains comportements pourront être exposés et ainsi apporter des éléments de compréhension.

Au cours de ce travail de recherche, j'aborderai le ressenti des différents professionnels quant aux difficultés relationnelles humaines rencontrées au bloc opératoire.

¹¹ *La bureaucratie professionnelle*, disponible sur : http://ampr-idf.pagespersoorange.fr/documents/Mintzberg_bur_prof.pdf, Consulté le 18/12/11

L'IBODE, du fait de son rôle majeur en tant qu'interface entre tous les autres professionnels du bloc opératoire fera plus particulièrement l'objet de mon attention. De plus, je chercherai à obtenir le point de vue des cadres quant aux difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles et leurs conséquences en terme de stress et de risques psychosociaux pour les acteurs du bloc. Je chercherai également à comprendre et à identifier les différents leviers d'actions.

2 Cadre contextuel

L'hôpital est une organisation sociale. Son objectif est de prendre en charge les différents besoins de santé de la population. Il est organisé en différentes structures que sont les pôles et les services. Chaque unité a ses propres codes et contraintes de fonctionnements. Cela aboutit bien souvent à un cloisonnement des acteurs dans leur structure. Au sein même de ces unités, les diverses professions qui s'y côtoient n'ont pas toujours les mêmes priorités, les mêmes visions, les mêmes valeurs ni la même organisation du travail. Le bloc opératoire en est un des exemples majeurs.

Actuellement, ce lieu emblématique est au centre de toutes les attentions institutionnelles. Il est, en effet, un atout majeur des hôpitaux quant à leur image de haute technicité mais aussi quant à la qualité de prise en charge des patients. Mais cette structure nécessite des investissements coûteux et se doit de s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Priorité est donc donnée à l'efficacité. Afin d'œuvrer dans ce sens, il est nécessaire que tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient au bloc opératoire se sentent impliqués dans le bon fonctionnement de cette unité.

Afin de comprendre la singularité de ce lieu, il me semble nécessaire de « poser le décor ». C'est pourquoi dans un premier temps je m'attacherai à présenter le bloc opératoire et ses contraintes, dans un deuxième temps, les différentes catégories professionnelles qui s'y côtoient, et dans un troisième temps l'aspect réglementaire complexe.

2.1 Le bloc opératoire

2.1.1 Un lieu singulier : Entre héritage historique et mythe

Point d'orgue du parcours du patient hospitalisé en chirurgie, ce lieu fermé et inaccessible pour toute personne étrangère au service, est source de représentations

fantasmées voire d'incompréhension du reste de l'hôpital. « *La culture traditionnelle des blocs opératoires est le huis clos où l'on est entre soi et bien à l'abri dans un espace totalement contrôlé et délimité* »¹². Tout ce qui s'y passe relève du secret, du code voire du rite.

Autrefois unité jouxtant un service de chirurgie, le bloc opératoire était une entité à part, dont la culture était historiquement centrée autour de l'organisation chirurgicale. De fortes notions d'appartenance et de territoire étaient les résultantes d'une « *conception managériale des équipes et de la relation à autrui basée sur le pouvoir mandarinal de certains chefs de service* »¹³. Il était devenu symboliquement la propriété du chef de service. Les unités de stérilisation ainsi que les salles de surveillance post interventionnelle étaient propres à chaque bloc opératoire. C'était par conséquent un univers clos fonctionnant en autarcie, avec un sentiment d'appartenance fort, proche de celui de l'univers familial. Ce modèle a beaucoup évolué mais l'état d'esprit des professionnels y exerçant n'a que peu progressé.

Jean PENEFF décrit le bloc opératoire comme une « *sorte d'îlot souterrain dans l'hôpital, il constitue un monde clos où le personnel ordinaire n'entre pas* »¹⁴. La porte de ces « îlots souterrains » en est le premier exemple. A déclenchements magnétiques, seuls les personnes autorisées y ont accès, de nombreux panneaux, tels que des sens interdits, avertissent de l'interdiction de pénétrer dans ces lieux.

Pour cet auteur, « *l'enfermement physique et temporel des acteurs renforce l'idée d'un monde à part* ». « *Par ailleurs, la charge émotionnelle liée à la symbolique de la mort, le sang et la maladie, cristallisent cette particularité* ».¹⁵

2.1.2 Le fonctionnement, les contraintes

Cet espace clos et protégé, l'est de par son architecture et ses contraintes réglementaires. Toute l'organisation y est basée sur la gestion et la prévention des risques. Ceci a pour conséquence, un certain nombre de paramètres réglementés qui le singularise au regard des autres services hospitaliers¹⁶. La conception architecturale, les circuits d'air et d'eau spécifiques, les impératifs d'asepsie, la tenue vestimentaire sont autant de particularités

¹² M-C. POUCHELLE (2008), op. cit., p.167

¹³ Z. DJENADI (2005), *Le conseil de bloc opératoire : Un levier d'action au service des nouveaux enjeux de l'hôpital. La valeur ajoutée du directeur des soins*, Mémoire Directeur des Soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, 59 p

¹⁴ J. PENEFF (2007), *Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert*, *Sociologie du travail*, n°3/97, p. 270

¹⁵ Z. DJENADI (2005), op. cit.

¹⁶ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées (2008), Commission de Coordination régionale des vigilances, *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*, p.78

qui traduisent la technicité ce lieu.

Selon l'arrêté du 7 janvier 1993, relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b) de ce même code, il est spécifié à l'article 2: « *Le secteur opératoire inclut une zone opératoire protégée. Cette zone garantit, par des dispositifs techniques, une organisation du travail et une hygiène spécifiques et adaptées, la réduction maximale des risques encourus par le patient, l'équipe opératoire, les tiers et l'environnement, et dispose des moyens propres à faire face à leurs conséquences. Ces risques sont notamment de natures anesthésiques, infectieuses ou liées aux agents physiques employés. Tout secteur opératoire et toute zone opératoire protégée doivent être physiquement délimités et signalés.* »¹⁷

Le parcours du patient, ainsi que la circulation des personnels, y sont soumis à divers protocoles et aux différentes contraintes d'asepsies et d'organisation. En effet, le principe de « marche en avant », relevant de règles d'hygiènes incontournables, afin que le « sale » ne croise pas le « propre », est un des impératifs majeurs de cette structure. Il conditionne tous les déplacements des matériels, des professionnels et des patients.

Il s'en dégage une impression de rigidité et de complexité pour tout néophyte. Se créé ainsi une barrière physique et psychologique entre le bloc opératoire et le reste de l'hôpital.

Selon une étude réalisée par la MeaH, portant la gestion et l'organisation des blocs opératoires, quatre problématiques majeures pesant sur le fonctionnement ont été identifiées¹⁸:

- *Un impératif : une organisation souple et rigoureuse.* Plusieurs spécialités et modes d'hospitalisation se croisent au sein d'une même unité, ce qui implique nécessairement une organisation rigoureuse mais capable de s'adapter aux aléas.
- *Le bloc : au centre de l'établissement.* On notera l'interaction du bloc avec diverses unités de soins telles que les urgences, l'imagerie ou la stérilisation ce qui influence le fonctionnement de ces unités.
- *La collaboration interprofessionnelle au bloc : une nécessité.* Un esprit de concession mutuelle et de collaboration est indispensable au bon fonctionnement.
- *Le bloc : un lieu de brassage de logiques et d'organisations différentes.*

¹⁷ <http://www.legifrance.gouv.fr/> consulté le 14/12/11

¹⁸ MeaH, Ministère de la santé et des solidarités (2006), *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques, Recueil de bonnes pratiques organisationnelles observés*, p.10-11

2.1.3 Nouvelles contraintes institutionnelles

Au regard de l'évolution de notre système de santé, des nouvelles exigences financières et d'une politique de démarche qualité accrue, le bloc opératoire se doit d'être dans une dynamique de changement.

« Il s'agit en effet de passer d'une « niche » anthropologique avec ses statuts, ses symboles, ses imaginaires et ses tabous à une organisation rationnelle en réseau des différents métiers. C'est la mise en place de cette organisation qui conduira à une prise en charge, optimale et attendue, de l'opéré. »¹⁹

La technicité et l'importance des ressources mobilisées font du bloc opératoire un secteur de coûts importants mais aussi de fortes recettes, dont le suivi et la maîtrise s'imposent d'autant plus dans le cadre de la T2A. Le facteur temps devient également un enjeu majeur car il est source de dysfonctionnements ou de désorganisation. L'efficacité et l'optimisation sont donc désormais des priorités de fonctionnement qui induisent pour les professionnels de nouvelles pressions institutionnelles à gérer au quotidien. Actuellement, une demande de transparence et d'ouverture, émanant de l'institution mais aussi des tutelles comme l'ARS, vient bouleverser des années d'opacités.

En témoigne l'exemple de l'APHP, qui a déterminé dans son plan stratégique un socle commun à tous les groupes hospitaliers, qui se décline en 16 thématiques prioritaires pour 2011. La sixième thématique a pour titre « Optimisation de l'organisation des blocs opératoires ». Les objectifs annoncés sont²⁰ :

- *Améliorer la sécurité* : en regard de trois pratiques exigibles prioritaires de la certification (La Check List, les ISO et la synthèse des événements indésirables)
- *Améliorer la performance des blocs opératoires* : Il s'agit dans un premier temps de converger vers des taux d'ouverture et d'occupation de salle élevés, par la mise en place d'organisations efficaces reposant sur les recommandations de bonnes pratiques développées par l'ANAP (planification, programmation et régulation). Et dans un deuxième temps de produire des indicateurs de performance fiables à partir des données IPOP et IBLOC (entrepôt de données). Ce logiciel *est un outil de gestion au quotidien du circuit opératoire qui permet le recueil et la diffusion d'informations pré et per-opératoires*²¹. Il repose sur une volonté d'optimiser le fonctionnement des blocs et d'améliorer l'accessibilité pour les patients. Il permet également le recueil de

¹⁹ DRASS de Midi-Pyrénées (2008), op. cit., p.2

²⁰ APHP (2011), **16 thèmes prioritaires pour 2011, Présentation**. Thème 6.

²¹ Référentiel Blocs opératoires, janvier 2012, *Vers des blocs opératoires plus sûrs et plus performants*, groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires », projets prioritaires pour l'AP-HP – 2012, p10

données servant à l'évaluation des pratiques organisationnelles au sein des blocs opératoires. C'est grâce aux informations recueillies dans IPOP et analysées dans IBLOC que les indicateurs de performance sont construits, calculés et restitués selon des axes d'analyse prédéfinis.

Cette thématique est portée par un groupe projet « optimisation de l'organisation des blocs opératoires » qui a proposé deux grands axes de travail: un premier concernant l'amélioration de la sécurité de la prise en charge des patients en bloc opératoire avec, en particulier, la mise en place de la check-list, la traçabilité, l'analyse des événements indésirables et un second concernant la performance médico-économique qui passe par l'utilisation d'indicateurs concernant « l'occupation des salles » et d'indicateurs en « ressources humaines ». L'enjeu étant de pouvoir comparer les GH entre eux et d'analyser correctement les modes de fonctionnement. Le groupe de travail a rendu ses recommandations au mois de mars 2012, dans un guide mettant en avant un « standard des blocs AP-HP » et décrivant des bonnes pratiques ayant pour objectifs la sécurité et la performance des blocs opératoires.

De plus, l'APHP a également mis en place un projet intitulé « Fenêtre sur les blocs opératoires de l'AP-HP. Plus de qualité, de sécurité et de transparence au service des patients : la démarche d'excellence initiée à l'AP-HP ». Des axes prioritaires ont été dégagés autour de la sécurité du patient et de la traçabilité des événements indésirables, ainsi qu'autour de l'organisation et le renforcement d'une gouvernance²². A cette occasion, une journée "portes ouvertes" sera organisée au printemps 2012, dans les blocs opératoires de l'AP-HP, afin de faire mieux connaître ces lieux "emblématiques" mais "peu connus du public".

2.2 La « communauté » du bloc opératoire

Les propos de Françoise HATCHUEL, maître de conférence au département des sciences de l'éducation à l'université Paris X, exposent parfaitement ce qu'implique le travail en équipe : « *Vivre ensemble dans une organisation exige donc, pour construire un système cohésif, un certain nombre de conditions : un projet collectif, un espace-temps commun, un univers de sens partagé, une reconnaissance du travail accompli, une hiérarchie légitime et une éthique de la responsabilité et de la solidarité.* »²³

²² APHP (2011), Dossier de presse, **Fenêtre sur les blocs opératoires de l'AP-HP**, 18p.

²³ F. HATCHUEL (2004), *Savoir, apprendre, transmettre*. Ed. : La découverte.

Afin de parvenir à cette cohésion, la connaissance de l'autre est indispensable.

Une des spécificités du bloc opératoire est la multiplicité des catégories professionnelles intervenant dans la prise en charge du patient. La nécessaire connaissance mutuelle de tous ces acteurs, de l'histoire de leur profession, de leurs formations, de leurs valeurs professionnelles est une étape majeure dans la compréhension de leurs interactions au sein de l'équipe qu'ils formeront en salle d'opération.

2.2.1 Une communauté « endogène »

Ivan SAINSAULIEU²⁴ conçoit le bloc opératoire comme une communauté endogène, se suffisant à elle-même, dont les membres ont pleinement conscience d'appartenir à une communauté. Ce sentiment d'appartenance « *transcende l'unité de soins* » :

« *C'est communautaire, ah oui, c'est le moins qu'on puisse dire. C'est très agréable, on est chez soi on fait son truc, on sort après. On est responsable de sa salle. On nous fait confiance, on gère tout, y compris la température de la pièce. Tout est fait pour le malade, il dort, on peut faire n'importe quoi, on est complètement responsable de lui.* » (Infirmière au bloc, hôpital parisien)²⁵.

On constate une grande implication des professionnels au groupe, avec une notion de « famille » dont le chef de service aurait la figure paternelle. C'est pourquoi il y a un important attachement collectif, la coopération dans le travail étant « vitale », tant pour la qualité et la réussite de la chirurgie que pour l'aide psychologique lors de situations particulièrement stressantes.

Toutes les identités professionnelles y sont fortes mais nécessairement complémentaire autour d'un objectif commun, l'acte chirurgical. L'implication personnelle y est importante et le besoin de reconnaissance intense, corrélés à la demande de forte qualification et de résultats toujours accrues. « *Il s'agit d'un univers sous pression ayant le souci de la performance, avec des identités professionnelles à la fois complémentaires et hétérogènes qui donnent le sentiment d'être membre actif d'une communauté : « Il crée la conscience d'être membre d'un ensemble plus grand, la communauté des petits mondes fermés »*²⁶.

Ce sentiment d'appartenance à une communauté est donc générateur de comportements positifs d'entraide et de coopération mais aussi source de déviances. On constate par exemple un « *holisme communautaire : une loi du silence sur les zizanies*

²⁴ I. SAINSAULIEU (2007), *Les communautés à l'hôpital*, Revue Esprit Critique, Vol.10, n°1.

²⁵ Ibid

²⁶ Z. DJENADI (2005), op. cit.

internes même si l'individu est la victime, voire le bouc émissaire du conflit. »²⁷. L'équipe du bloc opératoire se veut soudée au regard du reste de l'hôpital, et ne laisse donc pas transparaître les situations conflictuelles. Cela a bien souvent pour effet d'intensifier les ressentis négatifs par manque d'extériorisation. Il n'y a pas d'arbitrage extérieur.

De plus, être mis à mal par les membres de sa communauté signifie ne plus être reconnue par sa « famille », et le ressenti des situations de stress devient donc personnel.

2.2.2 L'équipe médicale

L'équipe médicale, à différencier de l'équipe paramédicale, est composée de deux catégories que sont les médecins anesthésistes et les chirurgiens. Ce sont deux équipes totalement distinctes n'ayant pas la même approche du patient, les mêmes logiques les mêmes impératifs. C'est bien souvent entre ces deux catégories professionnelles que naissent les premiers conflits en salle d'opération.

Historiquement, les chirurgiens ont longtemps bénéficié d'un pouvoir absolu sur l'équipe et le fonctionnement du bloc opératoire²⁸. Responsables du « recrutement » des patients, de la décision opératoire, ils se sont longtemps considérés comme les seuls maîtres à bord. Ce schéma est aujourd'hui largement dépassé. Bien qu'ils détiennent la responsabilité finale de l'acte chirurgical, ils ne peuvent rien sans le reste de l'équipe.

*« Le chirurgien symbolise, la discipline médicale autogérée grâce à un système hiérarchique pyramidal. L'efficacité apparente de son dispositif de contrôle et de régulation contribue au développement d'une forte solidarité, tout au moins affichée. La discipline médicale entend préserver un pouvoir jaloué »*²⁹. De par leur organisation interne et leur technique d'apprentissage par compagnonnage, la corporation des chirurgiens apporte une importance majeure à l'appartenance groupale. Pour exemple, tous les rituels des salles de garde, uniquement réservées aux seuls initiés. Le respect des anciens « grands patrons » est une valeur prônée de tous, chaque nouveau chirurgien se proclamant « élève » d'un « maître ». Mais la composition du groupe des chirurgiens, se résume bien souvent à leurs pairs. Pour autant, le chirurgien est responsable de la coordination des acteurs durant l'acte chirurgical et se doit de contrôler les activités de ses collaborateurs. Il a une véritable incidence sur le travail d'équipe.

L'histoire de l'anesthésie est quant à elle beaucoup plus récente donc moins chargée de rites et d'héritages de grands « Hommes ». Initialement, la pratique de l'anesthésie était la

²⁷ I. SAINSAULIEU (2007), op. cit.

²⁸ M-C. POUCHELLE (2008), **L'IBODE comme partenaire de soins**, *Inter bloc*, n°27, pp.181-202

²⁹ Z. DJENADI (2005), op. cit.

plupart du temps confiée à des auxiliaires plus ou moins expérimentés ou informés et se résumait à l'inhalation de vapeurs d'éther. Intimement liée à la chirurgie, cette discipline a évolué avec les techniques chirurgicales. Un enseignement spécifique, commun aux infirmières et aux médecins, est dispensé dès 1947.³⁰ Les années cinquante verront naître véritablement la spécialité. La première chaire d'anesthésiologie de la faculté de médecine de Paris fut créée le 12 novembre 1958. Le statut hospitalo-universitaire fut créé quant à lui en 1970 avec le département d'anesthésie et de réanimation. Cette spécialité médicale n'a depuis cessé d'évoluer avec le souci constant de la part des responsables de la discipline d'une efficacité et d'une qualité optimale pour le patient.

Cette nouvelle « science » a bouleversé les rapports autoritaires en salle d'opération. Désormais le chirurgien n'est plus le seul à représenter l'autorité médicale. L'anesthésiste peut décider de récuser un malade, pourtant identifié par le chirurgien comme nécessitant une intervention chirurgicale, pour contre indication à l'anesthésie. Les dynamiques de pouvoir changent et sont inévitablement sources de conflits et génératrices de stress au sein du bloc opératoire.

2.2.3 L'équipe paramédicale

L'équipe paramédicale en salle d'opération est composée des IADE, des IBODE et des aides-soignants. Ces trois catégories professionnelles collaborent dans un but de prise en charge optimale du patient, et dans le contexte d'une démarche qualité. Cette collaboration implique une connaissance de l'autre, de son travail, de ses responsabilités. La législation confère à chacun des acteurs de soins une place à tenir dans l'institution et un rôle défini dans sa fonction. Pour chaque corps de métier un référentiel de compétences a été élaboré identifiant ses spécificités au regard de ses contraintes.

L'aide soignant au bloc opératoire a des missions spécifiques liées à l'environnement aseptique et à la particularité de la chirurgie. Il a un rôle majeur dans l'hygiène et l'entretien des instruments et des locaux³¹. De plus, il est une véritable aide, en collaboration avec l'IBODE, le chirurgien et l'anesthésiste, pour l'installation des patients, souvent difficile et participant pleinement à la réussite de l'acte chirurgical. Il participe à la qualité de la prise en charge du patient en s'assurant de son confort physique et psychologique avant l'intervention. Il peut également participer à la gestion des stocks et des approvisionnements. L'aide soignant

³⁰ http://acperar.net/IMG/pdf/1_BRICARD_histoire.pdf Consulté le 09/01/12

³¹ http://www.study.com/formations_metiers/sante_social/aide_soignant_bloc_operatoire.htm, Consulté le 09/01/12

fait donc partie intégrante de l'équipe chirurgicale et se doit de collaborer étroitement avec tous les autres membres de cette équipe. Pourtant, le métier d'aide soignant n'a été que très peu l'objet d'études sociologiques et d'ouvrages. Seule A.-M. ARBORIO consacre une étude par entretiens à la carrière de 51 aides-soignants, en soulignant le paradoxe de ce « métier invisible » qui est pourtant l'un des plus présents en terme de nombre dans le contexte hospitalier³².

Il existe en salle d'opération deux spécialisations de la profession d'infirmière : les IBODE et les IADE. Du fait de leurs spécificités, les formations d'IBODE et d'IADE ont toujours été organisées dans des cursus indépendants l'un de l'autre. Pourtant on constate dans la pratique quotidienne qu'il existe de nombreux points de convergence entre ces deux professions. Le principal étant la prise en charge commune du patient. Ces deux professions étant des spécialisations de la profession d'infirmière, elles sont soumises, de façon égale, à la réglementation des actes professionnels infirmiers. Des décrets spécifiques règlementent chacune de ces deux professions. Le décret n°2001-928 du 4 octobre 2001 porte création du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire et le décret n°88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmiers spécialisé en anesthésie réanimation renommé diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste par le décret n°91-1281 du 17 décembre 1991. L'article R 4311-12 du Code de la santé publique précise que « *l'infirmier anesthésiste est seul habilité (...) à appliquer les techniques suivantes : anesthésie générale, réanimation peropératoire (...), prise en charge de la douleur post-opératoire* ». Mais l'IADE ne pourra réaliser ces fonctions de façon optimale qu'en étroite collaboration avec l'IBODE par le partage d'informations sur les particularités de la chirurgie. De plus, selon l'article R43-11 du Code de la santé publique il est spécifié que : « *l'IBODE exerce en priorité les actions suivantes : gestion des risques liés à l'activité opératoire et à l'environnement* ». La gestion des risques au bloc opératoire est obligatoirement le résultat d'une étroite coopération, notamment entre l'IBODE et l'IADE du fait d'un partage des informations médicales telles que les antécédents ou les allergies du patient. Actuellement, la formation pour l'obtention du diplôme d'Etat d'IADE est de 24 mois et celle pour l'obtention du diplôme d'Etat d'IBODE de 18 mois. La formation IBODE a pour finalité de lui permettre d'assurer une prise en charge holistique de la personne soignée, dans le respect des aspects éthiques et juridiques, au sein d'une équipe pluri professionnelle.

³² A.-M. ARBORIO, Sous la direction de Mathilde Bourrier (2009). **Nous on soigne rien sauf des machines. Le pouvoir insoupçonné des aides soignants en anesthésie**, *Revue Sociograph*, n°8.

L'importance que les IBODE et les IADE accordent à leur spécialisation est majeure. Du fait de la haute technicité des actes et des conditions de travail difficiles, ces spécialisations représentent une reconnaissance extérieure nécessaire à leurs constructions identitaires.

« *La D.R.E.S.S, lors d'une parution sur les conditions de travail des professionnels de santé*³³, dresse une typologie des soignants selon trois critères : les exigences liées au travail, l'autonomie et l'environnement de travail. De cette enquête menée sur cinq mille salariés des secteurs publics et privés, se dégage une classe qui déclare faire face à un cumul élevé de charges mentales dans un environnement perçu comme défavorable. Dans cette classe qui regroupe 16% des personnels hospitaliers, figure une forte proportion d'infirmières (46%) et le plus souvent des infirmières spécialisées ou exerçant en bloc opératoire. Fait non moins significatif, un quart des aides-soignants, dont une grande partie affectée au sein des blocs, relatent le même ressenti. Ces résultats se retrouvent également à travers l'enquête européenne « *Promouvoir en Europe, santé et satisfaction des soignants au travail* »³⁴ dans les causes d'abandon de la profession »³⁵.

2.2.4 Le cadre de santé

Selon le répertoire des métiers de la fonction publique le cadre responsable d'unité de soins a pour missions : « *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.* » Dans cette fiche métier, il est mis en avant la place prépondérante de la dimension administrative et gestionnaire du cadre. Le constat est fait que « *les cadres passent moins de temps au contact des patients et sont accaparés par la gestion et l'administratif (planning du personnel, commandes...).* Ils sont impliqués dans l'organisation et l'optimisation des moyens, en particulier les cadres IBODE et médico-techniques, les plateaux techniques étant devenus complexes et imposants »³⁶.

Le cadre de santé au bloc opératoire est le plus souvent issu de la filière IBODE. Au sein des blocs opératoires, il est amené à collaborer étroitement avec le cadre de santé d'anesthésie, et le cadre supérieur. Pour certains blocs pluridisciplinaires, il existe une équipe

³³ DRESS, (février 2005), *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail*, n°373

³⁴ ESTRYN-BEHAR M. (2002), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Prévention des départs prématurés de la profession*. PRESS-NEXT, p.52

³⁵ Z. DJENADI (2005). op. cit.

³⁶ Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (2009), Fiche métier : *Cadre responsable d'unité de soins*, Ministère de la santé et des sports.

d'encadrement composée de cadres de bloc en charge d'une ou plusieurs spécialités chirurgicales. Il est au centre de l'activité et se doit de promouvoir la qualité des soins mais aussi la qualité de vie professionnelle des soignants. Il se doit de maintenir la cohésion au sein de l'équipe car cette dynamique est indispensable au bon fonctionnement de l'organisation.

Selon Henri FAYOL, l'un des fondateurs des sciences de la gestion et du management et auteur de « L'administration industrielle et générale »³⁷, l'activité managériale peut se diviser en cinq fonctions essentielles : Prévoir, Organiser, Commander, Coordonner, Contrôler. Il dégage également quatorze principes de management, dont trois concernent particulièrement le cadre de santé de bloc opératoire.

Le onzième principe évoque l'**équité** : « *Mener une activité selon une "combinaison de gentillesse et de justice" est nécessaire. Bien traiter les employés est important pour réaliser l'équité.* »

Le treizième principe a pour notion l'**initiative** : « *Permettre à tout le personnel de montrer son initiative d'une manière quelconque est une source de force pour l'organisation. Même si cela implique un sacrifice "de la vanité personnelle" de la part de beaucoup de dirigeants.* »

Le quatorzième principe concerne l'esprit d'équipe indispensable au bloc opératoire : l'**esprit de corps** : « *Le Management doit développer le moral de ses employés : " Un talent réel est nécessaire pour coordonner l'effort, pour encourager l'enthousiasme, pour utiliser les capacités de chaque personne, et pour récompenser chaque mérite sans réveiller des jalousies potentielles et déranger des rapports harmonieux." »*

2.3 Aspects règlementaires

Il existe actuellement peu de textes concernant directement le secteur opératoire. Ils ciblent le plus souvent un secteur d'activité ou une activité spécifique telle que la pratique de l'anesthésie. En revanche, on retrouve de nombreuses directives quant à la sécurité sanitaire et à la qualité de la prise en charge du patient qui lui sont applicables.

En effet, depuis la loi du 31 juillet 1991, on constate que la prise en charge du patient est au centre de toutes les réformes et recommandations de bonnes pratiques. Cette loi précise que « *les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience.* » L'ordonnance du 24 avril 1996 renforce ce concept en mettant le malade au

³⁷ Henri Fayol, disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Henri_Fayol, Consulté le 1/11/2011

centre des actions à mettre en œuvre. Elle précise que « **la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé.** » Le rapport au Président de la République relatif à cette ordonnance nous donne des indications dans ce sens « *pour tous les acteurs de l'hospitalisation, le malade doit être plus que jamais le cœur de l'action.* »

Depuis, différents décrets et circulaires mettent l'accent sur l'efficacité des blocs opératoires au travers de son fonctionnement, ainsi que sur la démarche qualité et sécurité. La circulaire DH/FH n°2000-264 du 19 mai 2000 réitère le caractère essentiel du tableau fixant la programmation opératoire et la nécessité pour chaque établissement de posséder un conseil de bloc dont la mission principale est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire.

Par ailleurs, de nombreux textes non spécifiques à cette unité mais qui lui sont applicables, contribuent à la complexité de l'organisation et à la spécificité de la charge de travail. Les thématiques de ces textes législatifs applicables au bloc opératoire sont diverses et très variables. On notera : « la sécurité d'utilisation des produits et vigilance », « L'hygiène et les infections nosocomiales », « Prévention des risques », « Permanence et continuité des soins »³⁸.

La HAS est également très impliquée dans l'efficacité des blocs opératoires et dans la qualité de vie au travail. En effet, dans le nouveau manuel de certification des établissements de santé, V2010, actualisé en avril 2011, « *l'objectif est d'offrir au système de santé un dispositif qui apporte une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics.* »³⁹ Dans le chapitre 2 « Prise en charge du patient », partie 4 « Prises en charges spécifiques », référence 26 « Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle », le critère 26.a met l'accent sur l'organisation du bloc opératoire. Il axe le développement de la culture partagée de la sécurité autour de la mise en œuvre de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », des revues de morbidité-mortalité au bloc opératoire (RMM) et de la gestion des événements indésirables. « *La check-list s'inscrit dans les évolutions organisationnelles visant à promouvoir la culture sécurité au bloc opératoire. Son mode d'action repose sur le partage des informations au sein de l'équipe et les vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale.* »⁴⁰

On constate ici encore une volonté affirmée de partage des informations, essentiel au bon fonctionnement organisationnel.

³⁸ UNAIBODE, *Législation*, Disponible sur : <http://www.unaibode.fr/spip.php?rubrique74>, consulté le 29/01/12

³⁹ Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, (avril 2011). *Manuel de certification des établissements de santé*, V2010, Avant-propos p3.

⁴⁰ op. cit., Chapitre 2, p.73

De plus, dans ce manuel il est également abordé l'importance de la qualité de vie au travail. Dans le chapitre 1 « Management de l'établissement », partie 2 « Management des ressources, référence 3 « La gestion des ressources humaines », le critère 3.d met l'accent sur la qualité de vie au travail. « *Promouvoir la qualité de vie au travail traduit un engagement collectif qui implique les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux. Cette démarche renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation.* »⁴¹ Il est précisé que la qualité de vie au travail dépend de :

- La qualité des relations de travail
- L'organisation et le contenu du travail
- L'environnement physique
- Les possibilités de réalisation et de développement professionnel
- La conciliation entre vie professionnelle et vie privée

La coordination des professionnels et la cohésion au sein de l'équipe relevant essentiellement des relations humaines et du facteur humain, il est effectivement essentiel que la qualité de vie au travail soit considérée comme un axe managérial prioritaire pour le cadre de santé. Celle-ci aura une incidence majeure sur la qualité des soins et l'efficacité du bloc opératoire.

2.4 Conclusion du cadre contextuel

Cette approche contextuelle nous a permis de situer le bloc au sein de l'institution. Ce symbole de haute technicité, de spécialisations pointues, paraît inaccessible, et mystérieux. Les différents acteurs semblent construire leur identité professionnelle en rapport avec ce territoire, ses spécificités, construisant ainsi des murs symboliques entre eux et le reste de l'institution. La performance devient le maître mot et conditionne le quotidien de ces professionnels.

C'est pourquoi on ne peut que constater l'importance des relations humaines au sein de cette unité fermée. La collaboration de tous ces acteurs est nécessairement induite par leur présence simultanée autour du patient. Mais comme dans toute société, les personnalités sont parfois très différentes, l'estime sociale entre les groupes professionnels est également très variable, ce qui influe directement sur l'organisation du bloc opératoire ainsi que sur l'ambiance qui y règne. Le stress est très souvent présent, et aboutit alors à des situations de conflits.

⁴¹ op. cit., Chapitre 1, p.25

3 Cadre Conceptuel

Afin de comprendre la problématique, un certain nombre de concepts doivent être exposés et mis en lien, ce qui permettra d'étayer la suite du travail de recherche.

J'ai souhaité dans un premier temps m'intéresser à l'être humain, son comportement social, ce qui le définit, ainsi que son comportement au sein d'un groupe. La psychologie sociale aborde différents concepts sur le comportement humain. Plusieurs d'entre eux sont nécessaires à la compréhension des relations sociales et humaines existantes au sein du groupe que constitue l'équipe du bloc opératoire. La transposition de ces concepts dans le quotidien de la vie de cette équipe, permettra d'identifier les raisons de certaines difficultés rencontrées.

Dans un premier temps une définition de la psychologie sociale ainsi que de l'approche psychosociale me semble indispensable, puis j'aborderai les concepts de la dynamique des groupes et la théorie des représentations sociales.

3.1 La psychologie sociale

Une des formulations qui résume bien le champ de la psychologie sociale est d'affirmer que *l'homme est par nature un être social* (définition proposée en premier par Auguste COMTE (1798-1857)).

Comprendre les raisons des comportements humains, individuels ou collectifs est, sans nul doute, indispensable à toute personne souhaitant animer et manager une équipe.

3.1.1 Définition et approche historique

Plusieurs définitions de la psychologie sociale ont été données, selon les époques et la vision des différents auteurs. Selon Gustave-Nicolas FISCHER « *la psychologie sociale est un domaine de la psychologie qui étudie les relations et les processus de la vie sociale inscrits dans les formes organisées de la société (groupes, institutions, etc.), d'une part, et pensés et vécus par les individus, d'autre part ; l'approche du social comme ensemble de processus relationnels met en lumière la nature dynamique des conduites et des phénomènes sociaux, qui se traduit par l'importance des influences sociales et la valeur des représentations en œuvre dans un contexte déterminé.* »⁴²

⁴² G-N. FISHER (2010), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Ed. DUNOD, p.15

La psychologie sociale peut donc se définir comme une science qui étudie les conduites et les phénomènes sociaux sous l'angle des relations qui se jouent entre l'individuel et le collectif.

3.1.2 L'approche psychosociale

La psychologie sociale peut s'apparenter à l'histoire de la connaissance de l'Homme. Depuis les débuts de cette approche psychologique de l'Homme, trois visions différentes ont été exposées. La première est une vision rationnelle qui tend à expliquer le comportement humain, être de raison, par la conscience et la réflexion. La deuxième vision est dite biologique, se basant sur le phénomène d'adaptation inné de l'être humain qui a permis son évolution. La troisième, plus contemporaine, est une vision psychologique mettant en avant la perception sensorielle, définissant les stimulations extérieures comme élément de l'adaptation du comportement.

*« Pour la psychologie sociale l'être humain est un être relationnel car les relations définissent un aspect essentiel de son être social. C'est pourquoi le concept de relation est central en psychologie sociale ».*⁴³

Selon Baron et Byrne, 1981, *« La psychologie-sociale est le domaine d'étude scientifique qui étudie la façon par laquelle le comportement, les sentiments ou les pensées d'un individu sont influencés ou déterminés par le comportement ou les caractéristiques des autres. »*

Au travers de cette approche psychosociale de nombreux concepts fondamentaux explicitant le comportement humain sont abordés. Parmi ces concepts, deux d'entre eux nous permettent de comprendre la base des relations entre individus et au sein d'un même groupe : ce sont la relation sociale et les représentations sociales.

3.1.3 La relation sociale⁴⁴

Le concept de relation sociale, a fait l'objet de nombreuses études et fait appel à des notions telles que l'interaction ou la communication et traduit une expression particulière de la relation. Ce qui nous intéresse ici c'est de comprendre en quoi cette relation sociale influe sur le comportement des individus et ainsi sur la dynamique des groupes.

La relation sociale peut être définie ou s'expliciter de différentes manières. Elle peut, dans un premier temps, se traduire comme l'expression du lien social, en effet les individus

⁴³ *ibid.*, p.29

⁴⁴ *ibid.*, p.30

sont liés entre eux par différents types de liens, familiaux, institutionnels, groupaux qui orientent et influent sur son action et sa sociabilité.

L'affiliation est également une forme de relation sociale et répond à un besoin fondamental pour les individus de pouvoir compter sur les autres, en s'appuyant sur eux.

L'attraction traduit la dimension affective indissociable de la relation sociale. Les sentiments à l'égard d'une autre personne ont ici un caractère fonctionnel et dépendent de la valeur que l'on accorde au comportement de celle-ci. Cette valeur peut donc varier en fonction des situations.

De plus, il convient de noter quels sont les facteurs psychosociaux de la relation. En effet, certains éléments déterminent, dans la vie sociale, les relations entre les individus. Ces trois facteurs sont : la proximité, la similitude-complémentarité et l'attrait physique. Ils influencent tous le type et le développement des relations sociales. Pour la proximité, il a été démontré la nécessité de délimiter les « territoires respectifs » afin de faciliter les relations sociales, mais aussi que la proximité physique est un facteur important dans le développement de ces relations. Pour le facteur de similitude-complémentarité, les chercheurs ont établi que la ressemblance, ou à l'inverse la différence-complémentarité, créent la base des relations. En effet, la similitude qu'elle soit, d'opinions, de statut social ou même d'état émotionnel crée des liens entre les individus et joue ainsi un rôle dans la naissance des relations. La complémentarité fait elle plus appel au besoin des individus de compenser leurs propres manques. Quant à l'apparence physique, nombre de recherches ont démontré qu'elle influence fortement notre évaluation et notre perception d'autrui ainsi que les jugements que nous portons sur les individus.

Les relations sociales au sein du bloc opératoire peuvent se caractériser par ces trois facteurs psychosociaux réunis. La proximité physique et l'enfermement créent un lien important entre les différents professionnels. Les mêmes individus sont amenés à travailler dans la même pièce durant de nombreuses heures sans avoir la possibilité d'en sortir. Le développement des relations en est ainsi amplifié. Ils ont un sentiment de similitude dans le fait d'appartenir à ce groupe, de vivre ensemble des moments spécifiques et uniques. Ils sont également complémentaires du fait de leurs spécialisations et de leurs rôles dans la prise en charge commune du patient. Quant à l'attrait physique, il a une importance non négligeable au bloc opératoire.

3.1.4 La théorie des représentations sociales

Les représentations sociales sont nées du concept sociologique de représentations collectives énoncé par Emile DURKHEIM en 1898. Différents courants de pensée ont fait évoluer ce concept au cours de l'histoire. « *Les apports récents de l'histoire (Georges Duby), de la sociologie (Pierre Bourdieu), de l'anthropologie (Marc Augé) reconnaissent et explicitent la fonction de la représentation dans la constitution des ordres et des rapports sociaux, l'orientation des comportements collectifs et la transformation du monde social.* »⁴⁵

Selon G-N FISCHER on peut définir le concept de représentation sociale comme une : « *construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales.* »⁴⁶

Cette théorie est très vaste, elle concerne beaucoup de domaines tels que la psychologie cognitive et les sciences sociales. C'est pourquoi beaucoup de chercheurs s'y sont intéressés. Serge MOSCOVICI, dans de nombreux ouvrages a beaucoup contribué à l'étude et la compréhension des représentations sociales. Pour lui « *tout objet ou comportement social est une réalité plus une représentation.* »⁴⁷ Les représentations sociales sont donc indispensables dans les relations humaines, sans elles nous ne pourrions communiquer et comprendre l'autre. Elles permettent les actions en commun.

Pour comprendre le rôle de la représentation sociale dans un groupe, il est nécessaire de reprendre trois aspects spécifiques et interdépendants qui la constitue et qui sont donc présents la plupart du temps dans les définitions psychosociales des représentations⁴⁸:

➤ La communication : puisque les représentations sociales offrent aux personnes « *un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde et de leur histoire individuelle ou collective* ». Moscovici (1961)

➤ La reconstruction du réel : « *les représentations nous guident dans la façon de nommer et de définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours ; dans la façon de les interpréter, de statuer sur eux et le cas échéant de prendre une position à leurs égards et de la défendre* ». JODELET (1992)

⁴⁵ Wikipédia, **Représentation sociale**, disponible sur sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Représentation_sociale, consulté le 04/02/2012

⁴⁶ G-N. FISHER (2010), **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**, Ed. Dunod, p131.

⁴⁷ S. MOSCOVICI (1998), Revue Sciences humaines hors série n°21, **Comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalité**, p.11-13

⁴⁸ M. JOUET LE PORS (2006), **La théorie des représentations sociales**, disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article314>, consulté le 28/12/2011

➤ La maîtrise de l'environnement par le sujet : Cet aspect plus « pratique » que les précédents permet à l'individu de se situer dans son environnement et de le maîtriser. On note ici l'utilité sociale de ces représentations, que l'on définit à travers trois fonctions :

- ♦ La fonction de code commun : ces représentations vont permettre aux différents acteurs d'un même groupe social de communiquer grâce à un savoir commun et partagé, de comprendre et d'expliquer la réalité.

- ♦ La fonction d'orientation des conduites : les représentations orientent et influent sur les comportements et les pratiques,

- ♦ La fonction de justification : les prises de position ou attitudes seront justifiées a posteriori, grâce à ces représentations,

- ♦ La fonction identitaire : ces représentations communes à un groupe professionnel ou social permettront de définir une identité propre.

Denise JODELET parle d'affiliation sociale : « *Partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité* »⁴⁹.

On notera qu'au bloc opératoire, ces représentations sociales sont très fortes et participent de façon majeure à l'identité du groupe. Les pratiques ou habitudes, qui y sont spécifiques, sont démythifiées par une image ou représentation commune qui crée ainsi le sentiment d'appartenance à une communauté spécifique. Les représentations du corps humain, de la mort, de l'urgence sont autant de représentations sociales qui y sont spécifiques et qui créent un langage et une communication commune.

Ces relations et représentations sociales sont autant d'éléments qui participent à la dynamique du groupe composé par les professionnels du bloc opératoire.

3.2 La dynamique des groupes restreints

3.2.1 Le concept de groupe

Dans le cadre contextuel de ce travail nous avons abordé la notion de « communauté endogène » pour définir le bloc opératoire. Cette communauté correspond à un groupe restreint qu'il convient de définir. En effet, il existe au sein d'un groupe un système d'interdépendance qui explique son fonctionnement et sa conduite. Ce fonctionnement peut être interne au groupe, par le biais de sous groupes et des rôles de chacun, mais aussi externe au travers des relations inter groupales et son action sur la réalité extérieure. On parle donc de

⁴⁹ D. JODELET (1991), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, p.51

« système de forces » qui font agir le groupe, ou à contrario l'empêche d'agir, d'où l'expression *dynamique des groupes*⁵⁰.

Le concept de *dynamique de groupe* a été inventé en 1944 par Kurt Lewin, psychologue expérimentaliste allemand émigré aux Etats-Unis. Pour lui, c'est la révision d'un postulat individualiste : « *les conduites humaines s'avèrent être la résultante du champ non seulement des forces psychologiques individuelles [...] mais des forces propres au groupe auquel l'individu appartient* »⁵¹.

Le groupe a donc une fonction sociale importante, il est l'intermédiaire entre l'individu et la société. Au sein de ce groupe chaque individu a sa dynamique, mais le groupe a, quant à lui, une dynamique qui lui est propre.

En 1961 une enquête de l'Association française pour l'Accroissement de la Productivité, constatait que « *la notion de groupe est inexistante pour la plupart des sujets. Le groupe est éphémère, dominé par le hasard. Seules existent les relations interindividuelles* ». Cela réduirait à ramener toutes les interactions entre les individus à des questions de personne, de caractère bon ou mauvais, même dans le milieu professionnel. Hors les relations au sein d'un groupe résultent d'une dynamique spécifique. De plus, les ressentis face à la notion de groupe peuvent être ambivalents, en effet, le groupe ne permet que peu ou pas d'individualité et est donc aliénant, mais il est également reconnu comme potentialisateur des capacités et compétences individuelles (et de fait collectives)⁵².

On distingue cinq catégories fondamentales de groupes : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire ou groupe restreint, le groupe secondaire ou organisation. Je m'attacherai dans ce travail à définir et expliciter le groupe restreint, celui-ci correspondant à l'équipe formée par les professionnels du bloc opératoire.

Le groupe restreint présente les caractéristiques suivantes⁵³:

- Il contient un nombre restreint de membres, pouvant aller jusqu'à cinquante, ce qui permet à chacun d'avoir une perception individualisée de chacun des autres membres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu.
- Poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, dotés d'une certaine permanence, assumés comme buts du groupe, répondant à divers intérêts des membres.
- Relations affectives pouvant devenir intense entre les membres (sympathie,

⁵⁰ E. LEDESMA (2011), *La dynamique des groupes restreints*, Master 1 Management et Santé, UE3.4 *Management des établissements, GRH et comportement organisationnel*, cours du 23/11/2011.

⁵¹ ANZIEU D. et MARTIN J-Y. (2004), *La dynamique des groupes restreints*, Paris : Presses Universitaires de France, p.25

⁵² E. LEDESMA (2011), op. cit.

⁵³ D. ANZIEU et J-Y. MARTIN, op. cit., p36

antipathie, etc.) et constituer des sous groupes d'affinités.

➤ Forte interdépendance des membres et sentiment de solidarité. Union morale des membres du groupe en dehors des réunions et des actions en commun.

➤ Différenciation des rôles entre les membres.

➤ Constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe (langage et code du groupe).

Dans cette description du groupe restreint on retrouve bon nombre de caractéristiques applicables au fonctionnement du bloc opératoire : poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, relations affectives intenses, différenciation des rôles entre les membres...

Il semble donc judicieux de s'intéresser aux différentes théories du fonctionnement groupal afin de mieux discerner et comprendre l'impact des relations humaines au sein des blocs opératoires.

3.2.2 Les théories du fonctionnement groupal

La dynamique des groupes est à l'intérieur des sciences sociales le domaine qui s'intéresse à la nature, au fonctionnement des petits groupes et aux effets qui en résultent. Ainsi par exemple, l'appartenance ou la référence à un groupe peuvent favoriser certaines attitudes, croyances ou opinions. Cette influence du groupe peut devenir significative, influant les représentations et actions individuelles.

Des théories et des méthodes variées ont contribué à développer et enrichir l'étude des groupes restreints. J'ai choisi de vous en présenter trois, plus particulièrement en lien avec mes observations en bloc opératoire : celle de Jacob-Levy MORENO, celle de Kurt LEWIN et les théories cognitivistes portées par plusieurs auteurs :

➤ **La sociologie de MORENO** : sociométrie selon le « Sociogramme de MORENO ».

Selon lui les êtres humains sont reliés par trois relations possibles : sympathie, antipathie, indifférence. Le sociogramme de Moreno matérialise ces trois relations entre les membres d'une équipe, c'est une sorte de radiographie des liens socio-affectifs à l'intérieur du groupe. Pour Moreno, certaines configurations de ces liens sont explicatives de certains phénomènes de groupe. Par exemple une chaîne de sympathies constitue un réseau de communication où celle-ci circule rapidement et discrètement⁵⁴. Un des intérêts est de repérer les réseaux de communication et les points de conflits possibles. Ainsi, les niveaux de sympathie dans un groupe et vis-à-vis du leader, sont des éléments indicateurs pour les niveaux de performance

⁵⁴ D. ANZIEU et J-Y. MARTIN, op. cit., p.79

d'un groupe.

➤ **La dynamique des groupes selon Kurt LEWIN :**

La théorie de Kurt LEWIN part du principe que chaque groupe a une dynamique propre et que l'action individuelle a un sens pour le groupe. « *LEWIN explique l'action individuelle à partir de la structure qui s'établit entre le sujet et son environnement à un moment donné. Cette structure est un champ dynamique, c'est-à-dire un système de forces en équilibre : quand l'équilibre est rompu, il y a tension chez l'individu et son comportement a pour but le rétablissement d'un équilibre.* »⁵⁵L'être humain ne pouvant fonctionner que dans un état d'équilibre, les comportements individuels ont pour but de revenir à cet état d'équilibre. Lewin a démontré par ses expériences que les compétences collectives sont différentes de la somme des compétences individuelles. On ne réagit pas de la même façon en groupe qu'individuellement. C'est pourquoi, le groupe et son environnement constituent un champ social dynamique dont les principaux éléments sont les sous-groupes, les membres, les canaux de communication et les barrières.

➤ **Les théories cognitivistes** ⁵⁶:

Appliquées aux petits groupes, ces théories ont portées surtout sur les communications intragroupe et intergroupe, sur les normes des groupes, la créativité, la résolution des problèmes en groupe, la décision de groupe.

C. FLAMENT (1965) a proposé une théorie des trois systèmes en jeu dans l'établissement d'un équilibre groupal dynamique favorable à la mise en route des canaux de communications entre les membres.

- Le premier système est celui des *exigences de la tâche* que l'on peut formaliser dans les expériences en laboratoire ou que l'on peut décrire dans les groupes de formation (élimination des stéréotypes, passage à un langage personnel, etc.) ;
- le second est le *système social établi* dans le groupe : le système de valeur est commun, tous les membres partagent la même déontologie ;
- le troisième est celui des *besoins interpersonnels*. Chaque participant éprouve, des besoins d'inclusion dans le groupe, de contrôle sur le groupe, et d'affection de la part des autres. Chacun recherche la satisfaction de ses besoins, cette recherche interfère avec celle des autres à l'intérieur d'un ensemble de communication.

⁵⁵ D. ANZIEU et J-Y. MARTIN, op. cit., pp.80-81

⁵⁶ E. LEDESMA (2011), op. cit.

Ces trois théories trouvent tout leur sens quand on observe les comportements des membres de l'équipe du bloc opératoire. En effet, une grande place est laissée aux ressentis et aux sentiments entre les personnes. Les liens socio-affectifs y sont importants et influent sur l'ambiance générale de l'équipe. Ainsi, on constate fréquemment la création de sous-groupes en lien avec des affinités, au sein de cette équipe. Cela tend à dégrader les relations intergroupales et retentit sur le fonctionnement du bloc opératoire.

De plus, on constate que passer les portes du bloc, certains acteurs changent de façon significative de « personnalité ». Un chirurgien connu pour être agréable et respectueux dans le service d'hospitalisation peut devenir un « grand caractériel » une fois l'enceinte du bloc passée. Ses réactions seront excessives et non contrôlées. Son propre stress, lié aux exigences de la chirurgie, conditionne son comportement et influe sur le reste de l'équipe. Ce champ social dynamique est très dépendant des canaux de communications qu'il faut impérativement entretenir et favoriser afin de maintenir une bonne coordination et favoriser l'esprit d'équipe.

Dans la sociologie de MORENO, il est également spécifié que les niveaux de sympathie dans un groupe et vis-à-vis du leader, sont des éléments indicateurs pour les niveaux de performance d'un groupe. Au bloc opératoire le cadre de santé a ainsi un rôle majeur à jouer pour fédérer l'équipe autour de projets communs qui constitueront une dynamique positive. Ses relations avec chaque professionnel sont la base de l'esprit d'équipe, en effet, « *il favorise l'estime de soi, l'autonomie, la satisfaction et le sentiment d'appartenance du soignant à son milieu de travail* »⁵⁷. Son soutien est impératif.

Dans sa théorie cognitiviste, C. FLAMENT, chercheur en sciences sociales, propose trois systèmes en jeu dans la dynamique de groupe afin d'aboutir à des équilibres favorables à la mise en place de **canaux de communication**. Ces trois systèmes sont présents et identifiables au bloc opératoire.

- Le premier système est celui de **l'exigence de la tâche** : la prise en charge d'un acte de chirurgie nécessite de façon évidente des connaissances médico-chirurgicale mais aussi des connaissances techniques pointues liées à l'utilisation d'appareil spécifiques. Tout geste doit être précis et maîtrisé. Cela implique l'utilisation d'un langage et de codes communs à tous les professionnels de l'équipe.
- Le second est le **système social** établi dans le groupe : Les valeurs au sein du groupe sont fortes et en lien avec les concepts de vie et de mort. Chaque geste chirurgical est porteur de lourdes conséquences, c'est pourquoi l'équipe tend vers une qualité de prise

⁵⁷ E. GROLLAU (2008), *Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradations relationnelles*, *Interbloc* Tome XXVII, n°3, septembre 2008, pp.186-188.

en charge optimale et respecte un code de déontologie partagé.

- Le troisième, concernant les **besoins interpersonnels**, est très présent au bloc opératoire. On peut citer pour exemple les relations IBODE-Chirurgien. L'échelle de mesure que s'impose les IBODE pour auto-évaluer la qualité de leur travail n'est autre que l'existence ou non de relations conflictuelles avec le chirurgien au cours de l'intervention. Une enquête menée suivant la méthodologie de l'analyse de situation basée sur l'étude de l'existant, réalisée grâce à des questionnaires soumis à des IBODE ou étudiants IBODE et des chirurgiens, mentionne que « *quand les relations sont conflictuelles, elles ont des répercussions négatives sur les capacités professionnelles des IBODE, quels que soit leur âge et leur ancienneté professionnelle* ». On note ce besoin de reconnaissance et d'inclusion dans le groupe de façon très notoire dans certaines catégories professionnelles de l'équipe et particulièrement chez les IBODE⁵⁸.

Selon Marc EDMOND, professeur de philosophie à l'université Nanterre-Paris 10, « *un groupe n'est pas seulement un ensemble d'individus en interaction ; c'est, plus fondamentalement, une institution porteuse de valeurs, de normes et de règles qui structurent la perception, les sentiments et les comportements de ses membres* »⁵⁹. On constate donc que les comportements personnels au sein d'un groupe sont la résultante du poids que les normes, les valeurs et les règles font pesées sur leurs membres.

De plus, l'approche systémique a conceptualisé le fait que le groupe constitue une totalité, différentes des éléments qui la composent et obéissant à des mécanismes et processus qui lui sont propre.

3.3 L'identité professionnelle

Le concept d'identité professionnelle est difficile à définir. Différents modèles d'interprétation sociologique existent. D'après le modèle fonctionnaliste de professions, le sentiment d'identité découle du sentiment d'appartenance à une profession socialement indispensable, d'une longue socialisation et de l'usage d'un vocabulaire particulier, le tout constituant un espace social identifiable. Selon Emile DURKHEIM⁶⁰, l'identité professionnelle serait transmise par les groupes professionnels qui sont chargés d'initier les

⁵⁸ C. BANEEL (2003), *IBODE-Chirurgien, duo ou duel ?*, *Interbloc* Tome XII, n°2, juin 2003, pp.102-104.

⁵⁹ E. MARC (2005), *Psychologie de l'identité, Soi et le groupe*, Ed. Dunod, Paris, p.101

⁶⁰ E. DURKHEIM (1960), *De la division sociale du travail, étude sur l'organisation des sociétés supérieures*, Paris, F. Alcan, p.34

membres aux règles, aux « idées, sentiments et intérêts » de leur communauté de travail. Selon Claude DUBAR⁶¹, l'identité de métier serait d'abord une marque d'appartenance à un collectif, qui permettrait à l'individu d'être identifié par les autres mais aussi de s'identifier eux-mêmes face aux autres. Ainsi, chaque individu se crée une identité du fait de son expérience professionnelle, de l'environnement de son travail et développe ainsi un sentiment d'appartenance à une structure, à un groupe. Cette identification permet de se reconnaître dans une norme acceptée. Cette idée est également illustrée par Vincent DE GAULEJAC qui pense que les « *identités professionnelles produisent des sentiments d'appartenance à des collectifs qui rassemblent tous ceux qui ont suivi les mêmes études, obtenu les mêmes diplômes, exercent des métiers similaires ou qui occupent les mêmes fonctions* »⁶²

Renaud SAINSAULIEU conçoit, lui aussi, « *le travail mais aussi l'entreprise comme des lieux centraux de production identitaire et culturelle* »⁶³. Il la définit comme la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* »⁶⁴ L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi (investissement dans des relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires), s'ancrant dans « *l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir* ». L'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement de la nature des relations de pouvoir dans cet espace et la place qu'y occupent l'individu et son groupe d'appartenance. Il privilégie donc ainsi la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir.

On constate au bloc opératoire que les différents professionnels composant le groupe, c'est à dire l'équipe, ont tous une forte identité professionnelle. Cette identité est présente et se construit depuis les différents cursus de formation. Le fait d'obtenir un diplôme dit de « spécialisation » pour les infirmières exerçant au bloc contribue dans un premier temps à les singulariser de leurs collègues IDE. De plus le fait d'exercer dans un lieu fermé où peu de personnels ont accès tend à potentialiser ce sentiment d'appartenir à un groupe spécifique. On constate également qu'une place importante est donnée aux relations de pouvoir. Que ce soit à l'intérieur du groupe, mais également vis à vis des autres services de l'institution.

⁶¹ C. DUBAR (1994), *Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel*, Traité de sociologie du travail, Bruxelles, De Boeck.

⁶² V. DE GAULEJAC (2002), *L'identité*, In *Vocabulaire de psychologie, Références et positions*, Ramonville, Eres, pp.174-180

⁶³ C. LAFAYE (1996), *Sociologie des organisations*. Sociologie 128, Paris, Nathan Université, p.72

⁶⁴ R. SAINSAULIEU (1985), *L'identité au travail*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 2^{ème} édition, Paris, 480p.

3.4 La cohésion d'une équipe

Nous avons vu que le groupe existe dans le but d'atteindre un objectif commun mettant en jeu des interactions entre les acteurs. Il est important de noter la part d'affectivité plus ou moins consciente au sein du groupe. Selon R. MUCCHIELLI, « *un agrégat de personnes n'est un groupe que si des liens de face à face se nouent entre les personnes, mettant de l'unité dans leur « être là ensemble ». Le groupe est une réalité dans la mesure où il y a interactions entre les personnes, une vie affective commune, des objectifs communs et une participation de tous, même si cette existence groupale n'est pas consciente chez les membres et même si aucune organisation officielle ne l'exprime* »⁶⁵. L'équipe est désignée en psychologie sociale comme un groupe formel où « *l'organisation est définie ; les membres y ont une place assignée et des rôles prescrits, notamment par une structure hiérarchique* ».⁶⁶ On passe ainsi de la notion de groupe à celle d'équipe. Ainsi le groupe réunit des hommes pour des intérêts communs alors que l'équipe réunit des hommes pour une tâche commune. La terminologie du mot « équipe » sous-tend la nécessité de partenariat dans un but commun. En effet, ce terme est dérivé du mot équipage qui signifie aussi bien l'équipement matériel que l'ensemble des personnes, et appartient initialement au domaine maritime. Il explicite un mode d'organisation mis en place afin de répondre à des événements pas toujours prévisibles, tels que des intempéries, et qui requiert une grande réactivité. Pour Odile DEVILLARD, « *l'équipe est un système vivant, complexe intégrant des logiques diverses interagissant entre elles. Il s'agit de la sociologie des groupes, la psychologie de la motivation, la physiologie, l'énergie et les règles professionnelles* ». L'équipe est pour DEVILLARD un ensemble de liens fonctionnels et socio-affectifs qui concourent à l'unité d'action, ce qui sous-entend deux niveaux de cohésion. Un niveau humain où l'on rassemble des hommes à partir de leur relation, un deuxième niveau appelé technique qui facilite la coordination du travail.

A l'hôpital, la notion d'équipe est très importante, elle contribue à une notion d'appartenance à un groupe et constitue une partie de l'identité professionnelle. La nécessité de cohésion au sein de cette équipe est majeure afin de contribuer à une prise en charge optimale du patient. Il existe différents degrés de cohésion d'une équipe :

- La *cohésion fonctionnelle* qui est la répartition des tâches et les relations naturelles entre les personnes,

⁶⁵ R. MUCCHIELLI (1967), *La dynamique des groupes*, 13^{ème} édition, ESF éditeur, Paris, p.45

⁶⁶ G-N. FISHER (2010), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Ed. Dunod, p.222

- la *cohésion explicite* qui est le résultat d'une volonté managériale, condition nécessaire pour atteindre l'objectif. Elle élève le niveau de motivation en augmentant le plaisir d'appartenance et la multiplication des signes de reconnaissance,
- la *cohésion dynamique* qui est le niveau supérieur à la performance collective caractérisé par la recherche de synergie à tous les niveaux. Elle repose sur la délégation et la confiance dans le fonctionnement pluriel et nécessite la circulation complète de l'information.

Le bloc opératoire nécessite une cohésion dynamique au sein de l'équipe du fait de la spécificité et de la haute technicité des actes réalisés. Cette cohésion peut être caractérisée d'« esprit » d'équipe et ne peut être réalisable que dans un climat de confiance mutuelle et de bonne communication.

3.5 Les dynamiques de pouvoir

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, « *le pouvoir n'est pas uniquement lié à la position hiérarchique, à l'organisation formelle, ou même aux compétences. Il est distribué entre tous les acteurs, certes inégalement sans n'en exempter aucun. Tous les acteurs peuvent, à leur niveau, proposer ou freiner les initiatives, innover, rigidifier leurs comportements. Selon eux, le pouvoir n'est donc pas un attribut, une possession des uns au détriment des autres* ». ⁶⁷ Selon ces auteurs, l'organisation est un lieu de rapports de pouvoir. Dans un rapport de pouvoir, l'incertitude de chaque individu constitue son point de vulnérabilité et le pouvoir consiste à contrôler celle d'autrui. Ils ont identifié quatre sources de pouvoir dans les organisations, qui sont à l'origine de la maîtrise des zones d'incertitudes :

- **La compétence de l'expert** : celui qui dispose du savoir-faire, des connaissances et des compétences ;
- **La maîtrise des relations entre l'organisation et son environnement** : est liée aux incertitudes. Les individus et groupes peuvent avoir, au sein de l'organisation un pouvoir considérable par leurs appartenances multiples, leur capital de relations dans tel ou tel segment de l'environnement ;
- **La maîtrise de la communication et son réseau** : est lié à l'information qu'un individu aura besoin afin d'effectuer une tâche ;
- **La connaissance et l'utilisation des règles organisationnelles** : est utilisé dans le but de supprimer les zones d'incertitudes, mais peuvent également en

⁶⁷ M. CROZIER et E. FRIEDBERG (1977), *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, p.15

créer d'autres. La règle, posée par les supérieurs peut aussi être utilisée par les employés afin de se protéger.⁶⁸

L'individu possède une certaine autonomie lui permettant d'agir sur son environnement et met ainsi en évidence le pouvoir qu'il a sur le groupe. Au bloc opératoire les relations de pouvoir sont fortes. Que ce soit entre chirurgiens, entre anesthésistes et chirurgiens, entre chirurgiens et IBODE, chacun tente de maîtriser les zones d'incertitudes de l'autre afin de ne pas être déstabilisé lui-même. La compétence de l'expert est ici très forte et est souvent au détriment des équipes paramédicales. Ces relations de pouvoir sont parfois l'origine de tensions qui accumulées aboutissent au conflit.

3.6 La communication

Comme nous l'avons vu précédemment les canaux de communication sont fondamentaux dans la coordination au sein du groupe et favorisent l'esprit d'équipe. Cette bonne communication est le résultat d'un équilibre groupal. Afin de comprendre ce qu'est une communication optimale il convient de la définir.

3.6.1 Les éléments de la communication

Une théorie de l'information, élaborée vers 1949 par deux ingénieurs des télécommunications, présente un schéma de la communication qui se compose de différents éléments : l'émetteur, le récepteur, le canal, le code et le message. A la même époque le cybernéticien Norbert Wiener modifiait ce schéma linéaire, en ajoutant un élément de régulation : le feed back (l'information en retour).

- L'*émetteur* désigne la source de l'émission : un individu, un groupe, une machine...
- le *récepteur* désigne le destinataire qui reçoit le message,
- le *message* est le contenu de la communication, il correspond à l'ensemble des signes perceptibles qui vont stimuler le récepteur et lui apporter de l'information,
- le *canal* permet la transmission de l'information de l'émetteur au récepteur, c'est la voie de circulation des messages,

⁶⁸ M. CROZIER et E. FRIEDBERG (1977), *L'acteur et le système*, in Philippe BERNOUX (1985), *La sociologie des organisations*, pp.162-165

- le *code* : le processus de codage correspond à la transformation d'une information en signes repérables,
- les *bruits* : la notion de bruit recouvre tous les phénomènes parasites qui vont dénaturer le message et rendre sa compréhension difficile,
- le *feed back* : la vérification de la réception par la reformulation du message, le retour de l'information est un des moyens pour s'assurer de la réception du message et peut provoquer un processus d'ajustement si besoin. Il ne demande qu'une observation attentive du récepteur par l'émetteur.

A cette approche s'ajoute une autre théorie de la communication et de la relation entre les individus, celle de l'école de Palo ALTO. Cette école désigne un groupe d'hommes qui ont travaillé sur ces théories. Une approche systémique est utilisée pour décrire la communication. Le postulat de départ est qu' « *il est impossible de ne pas communiquer* »⁶⁹.

Dans cette approche systémique on retrouve quatre grands principes :

- **Deux niveaux de sens dans le message**
 - ◆ L'information ou le contenu, c'est ce qui est dit
 - ◆ La relation entre les individus.
- **Dualité dans la communication d'un message**
 - ◆ Digital : liée au langage et à un code de communication. Il est important que les interlocuteurs aient un code commun
 - ◆ Analogique : Gestuelle mimique et posture ; Ce mode est plus intuitif et reste compréhensif sans dictionnaire.
- **La ponctuation des échanges**
 - ◆ C'est la suite des échanges dans la communication, une suite de segments et le regard que chacun porte sur le comportement de l'autre.
 - ◆ Dans cette approche il ne s'agit pas de savoir qui a raison ou tort, l'important est de comprendre que chacun ponctue son échange pour maintenir le système dans cet équilibre.
- **La méta communication**
 - ◆ C'est échanger sur sa propre communication au niveau du contenu ou au niveau de la situation. La méta communication est spontanée.

La communication prend ici tout son sens. Au sein du bloc opératoire il est fondamental de communiquer, afin de transmettre dans un premier temps l'information qui

⁶⁹ La logique de communication de l'école Palo Alto, disponible sur : <http://www.communicationorale.com/palo.htm>, consulté le 27/02/2012

parfois peut être vitale. Mais cet échange d'informations n'est pas la seule composante de la communication au sein de cet espace clos. Elle est également constituée d'échanges plus informels qui contribuent à la création des relations interpersonnelles et tend à diminuer l'apparition de tensions liées à des incompréhensions, voire des conflits.

3.6.2 Les différents modes et enjeux de la communication

La communication peut revêtir différents modes mais a toujours pour but la transmission d'un message. Elle peut donc être verbale et non verbale. Le comportement non verbal semble avoir pour principale fonction d'informer sur les affects de l'émetteur : son attitude émotionnelle, motivationnelle et cognitive est directement repérable par tous les éléments non verbaux qui sous-tendent la communication dans l'interaction émetteur-récepteur. Selon Gustave Nicolas FISCHER⁷⁰ « *la communication non verbale peut être définie comme un ensemble de processus par lesquels divers éléments, qui ne relèvent pas de l'expression verbale, tels des expressions du corps, l'organisation d'un lieu, les distances établies entre les personnes ou cours d'une interaction, véhiculent ou sont considérés véhiculer certains types d'informations* ». Communiquer c'est donc être entendu, compris mais également vu.

Communiquer est également essentiel dans nos rapports à autrui afin d'établir une relation avec l'autre, d'échanger et parfois de rechercher un consensus. Il existe ainsi différents enjeux liés aux échanges lors de la communication :

- **Les enjeux relationnels** : La communication est un acte qui permet le développement de la relation humaine. Elle inclut les attitudes, les gestes, les mimiques, le ton de la voix, les mots et les écrits.
- **Les enjeux d'influence** : Dans ce mode de communication, on retrouve une tentative « d'influence » de l'autre. L'influence est une ressource humaine, liée à la nature de certaine personne qui ont un pouvoir de conviction tel qu'elles le font passer à travers leurs communications. Ainsi communiquer permet à une personne de s'efforcer de mobiliser autrui par divers processus d'influence.
- **Les enjeux normatifs** : La communication normative permet d'élaborer une relation commune basée sur des normes. On ne peut pas communiquer sans être dans un système de règles. Mais s'il y a référence à des règles de l'échange, il y a aussi construction et élaboration en commun de règles.

⁷⁰ G-N. FISHER (2010), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Ed. Dunod, p.162

La communication à l'hôpital est à la fois source d'information et de relation. Si est qualifiée de *difficile*, *mauvaise* ou *problématique*, la communication est malgré tout essentielle.

Au bloc opératoire favoriser la communication de façon formelle lors de réunions ou de façon plus informelle lors de moments de pauses, est fondamental dans l'objectif de fédérer l'équipe. Le cadre de santé se doit de favoriser ces échanges afin de réduire les tensions et incompréhensions, origines de plus grands conflits.

3.7 Le conflit

Les conflits internes à une organisation résultent bien souvent d'un déficit de communication au sein du groupe et des tensions qui se forment autour de l'activité de l'organisation. Ces tensions surviennent principalement entre les différents acteurs. Hors, le stress le plus fréquent et le plus élevé vient en général des incompréhensions entre les personnes. Au sein d'un groupe restreint, les relations interpersonnelles sont nombreuses et source d'incompréhensions, voir de conflits. En effet chaque membre de ce groupe social est mu par ses propres logiques et intérêts. Tout fonctionnement groupal génère donc des conflits. Ils éclatent bien souvent quand lorsque les acteurs ont épuisé toutes les autres solutions telles que la communication ou le dialogue⁷¹.

Le conflit peut prendre différentes formes et ses modes de résolutions en sont donc dépendants. Au bloc opératoire, on constate une prévalence importante des conflits interpersonnels. Le stress lié à l'acte chirurgical et au risque vital, les contraintes d'enfermement physique, une communication parfois déficiente sont autant de facteurs de survenue de ces conflits. « *Un travail canadien a montré que ce type de conflits survient entre une et quatre fois par intervention chirurgicale électorale. Le plus souvent ils surviennent entre chirurgiens et personnel infirmier puis en second lieu entre anesthésistes et chirurgiens* »⁷². L'encadrement de proximité a donc un important rôle à jouer dans leurs gestions. Pour cela il est nécessaire de connaître les différents types de conflits et leurs modes de résolution.

3.7.1 Définition du conflit

Le conflit peut être abordé de différentes manières, des plus négatives, au plus positives. Selon le genre, les causes et les solutions seront divergentes. Le point commun de

⁷¹ G. DESSERPRIT (2012), *Voyage autour de la gestion des conflits*, Master 1 Management et Santé, UE3.4, *Management des établissements, GRH et comportement organisationnel*, cours du 21/02/2012.

⁷² G-L. SAVOLDELLI (2008), *Résolution de conflits au bloc opératoire*, MAPAR 2008, Maîtrise du risque en anesthésie-réanimation, pp.493-500

ces différentes théories est que « *dans tous les secteurs de notre vie, les conflits interpersonnels sont non seulement inévitables mais ils sont également nécessaires à notre dynamique de travail, et même plus, à notre vitalité* »⁷³. On peut donc envisager les conflits interpersonnels selon deux perspectives.

Dans une première approche, le conflit est considéré comme un élément de perturbation. Une impression négative s'en dégage et entraîne des comportements de fuite ou d'évitement. Il existe une notion d'affectivité derrière ce type de conflit.

Selon DURKHEIM ou PARETO, le conflit est « *une perturbation du système social, une anomalie ou un indicateur d'une mauvaise gestion. Il pénalise l'organisation qui le supporte et est qualifié de conflit destructeur* ».

Selon BARABEL et MEIER, le conflit est l'« *expression de la divergence entre un ou plusieurs acteurs sur une ou plusieurs dimensions (objectifs, intérêts, méthodes, moyens rôles, statuts, etc.) entraînant des relations antagonistes* ».

La deuxième perspective, soutenue par des auteurs comme TOURRAINE ou MARX, considère que tout groupe est essentiellement mû par des conflits, qu'il est inhérent au fonctionnement groupal et de par ce fait, souhaitable. En effet, il permettrait d'initier un changement et de sortir un groupe de sa routine. Ces conflits sont qualifiés de fonctionnels et permettent ainsi l'évolution du groupe et des normes par l'expression et leur gestion. Ils permettent également de diminuer les tensions psychologiques et interpersonnelles.

Cette deuxième approche présente le conflit de manière plus positive, ayant la particularité de faire évoluer le groupe de façon commune engendrant ainsi le changement et la croissance.

Les conflits peuvent donc être soit destructifs lorsqu'ils entraînent un climat compétitif à outrance, ou constructifs quand on en tire une expérience positive qui permettra d'éviter les futurs conflits, de redéfinir les buts communs.

3.7.2 Les sources du conflit

Les conflits ont différentes origines qui influent sur leurs résolutions. Les sources peuvent être liées au fonctionnement de l'organisation, à l'absence de communication ou psychologiques. Parfois c'est la personnalité des individus elle-même qui induit ces situations de tension. Dans une organisation ou un service, les dysfonctionnements organisationnels qui se traduisent en conflits peuvent être d'origines diverses.

⁷³ *ibid.*

Dans *la fonction prévision*, l'absence d'objectifs clairs, pertinents et déclarés peut être source de conflits, de même que l'absence d'indicateurs de mesures des performances individuelles et collectives.

Dans *la fonction organisation*, la mauvaise définition et répartition des tâches, des méthodes lourdes, routinières ou hyper hiérarchisées sont sources de tensions.

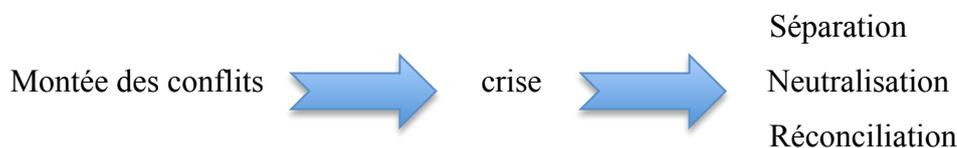
Dans *la fonction de coordination*, le relais de l'information, la participation de l'équipe aux décisions, la valorisation des efforts et des résultats obtenus sont autant de valeurs qui, si elle ne sont pas mis en œuvre, aboutissent à des conflits.

Dans *la fonction de contrôle*, l'absence de suivi des résultats collectifs et des performances individuelles sont générateurs de conflits.

Les sources psychologiques du conflit sont dépendantes de la perception que chaque individu a de la situation. « *Nous possédons un système de pensée générateur de structures mentales auto organisées ; la façon dont nous décodons, les symboles, est différente pour chacun. C'est cette différence qui peut engendrer des conflits* ». De plus, tout individu a besoin de sécurité et est ainsi réfractaire au changement. « *Le changement inspire le danger parce qu'il représente la perte de repères connus, perte d'une condition établie et sûre. Les réactions aux changements sont sources de conflit* »⁷⁴.

3.7.3 Le scénario du conflit

Le conflit est bien souvent le résultat d'un scénario quasiment identique.



La montée des relations conflictuelles est la résultante de l'accumulation de petites tensions, liées aux dynamiques de pouvoirs, aux conflits de personnes ou d'intérêts. La situation peut s'envenimer au cours d'un changement, d'une situation nouvelle.

La crise permet l'expression de ces tensions. Elle peut être envisagée de façon positive si elle permet la discussion et d'exprimer les non-dits. En revanche elle sera négative si non contenue, aboutissant à envenimer la situation.

⁷⁴Y. POTIN (2008), Centre de Ressources en Economie Gestion, *La gestion des conflits dans les organisations*, disponible sur : <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article304>, consulté le 26/02/2012.

Le dénouement peut se faire selon trois issues possibles. La séparation est l'issue en cas de conflit violent ou de non conciliation possible. La neutralisation suspend provisoirement le conflit, dans l'attente d'une évolution future. La réconciliation qui une fois le désaccord exprimé peut intervenir si chacun a pu s'exprimer et a été entendu.

3.7.4 Les différents types et catégories de conflits

Le conflit interpersonnel désigne des situations d'antagonisme, plus ou moins violent, entre deux ou plusieurs individus. Il en existe différents types décrits par la littérature. Certains d'entre eux sont les plus représentatifs des conflits qui surgissent au bloc opératoire :

Le conflit d'intérêt, le plus répandu, dont l'enjeu se limite à un objet, un avantage, l'exercice du pouvoir. Chacun recherche son avantage personnel.

Le conflit d'identité est, quant à lui, centré sur les individus. Il dépasse le simple conflit d'intérêt. C'est une lutte pour la défense de son identité propre. L'autre devient l'ennemi, il s'agit de le rejeter en tant que personne, physique ou morale, pour ce qu'il est.

Le conflit d'autorité intervient entre deux personnes de la même ligne hiérarchique, quand l'une d'entre elle empiète sur les compétences de l'autre. D'où la nécessité de bien définir les compétences de chacun dès le départ.

Le conflit de pouvoir, découle du conflit d'intérêt, chacun cherchant à augmenter son pouvoir et à se défendre de la domination de l'autre.

Le conflit de concurrence ou de rivalité est la résultante d'une forte compétitivité liée à la recherche d'un résultat.

Le conflit de relation, intervient sur la définition ou la gestion de la relation en elle-même. En effet, pour qu'une relation soit harmonieuse il faut que les acteurs soient en accord sur la définition de leur relation (hiérarchique, égalitaire, amicale...), faute de quoi ils chercheront mutuellement à imposer leur définition.

Le conflit idéologique porte sur la représentation que chacun se fait de la réalité. Il relève des différences ou des divergences de valeur ou de croyance des antagonistes dans l'analyse ou l'appréhension d'une situation. Ce sont des oppositions idéologiques, donc extrêmement difficile à solutionner, car chaque acteur est intimement persuadé de son bon droit.

Le malentendu est un des conflits les plus simples à régler car il résulte d'une erreur d'interprétation d'une attitude ou d'un message.

Le conflit cognitif porte directement sur l'objet du conflit. C'est une confrontation d'idées qui peut permettre une évolution pour un groupe ou une organisation. Il peut être précurseur de changements et d'innovations bénéfiques.

Ces conflits peuvent être classés en trois catégories qu'il est important de connaître car leurs résolutions diffèrent selon leur classification. Il s'agit du *conflit déclaré*, du *conflit larvé ou latent* ou du *conflit refoulé*. Dans le cas du conflit déclaré les protagonistes sont en désaccord et le font clairement savoir, parfois même par intérêt. L'individu pense « non » et dit « non ». Le conflit larvé ou latent est un conflit « étouffé » pour différentes raisons mais se traduit par des conséquences visibles telles que l'absentéisme, le stress, les non-dits pesants. Les individus pensent « non » et disent « oui ». Le conflit refoulé est un ancien conflit non réglé et qui peut donc ressurgir à chaque instant.

3.7.5 Les répercussions psychologiques

Les conflits sont psychologiquement dévastateurs et source majeure de stress. Leurs répercussions peuvent prendre des aspects multiples et se matérialisent sous formes diverses : la violence, l'anxiété, la dépression, l'agressivité, la frustration...

Ainsi la frustration ou l'agression vont entraîner des mécanismes de défense typiques : colère, peur, haine, rancœur, découragement. Un syndrome dépressif peut également se mettre en place provoquant ainsi des difficultés de concentration. Une autre dérive possible du conflit est la diabolisation de l'adversaire, qui est ainsi vu comme un traître, une personne dangereuse ou psychologiquement perturbée.

De plus les conflits génèrent des comportements nuisibles à la coopération, à la communication et au travail en commun. En cas de conflits récurrents l'esprit d'équipe et la cohésion seront mis à mal. Les risques psychosociaux sont également une des conséquences possibles en cas de détérioration de l'ambiance générale au sein d'un groupe.

3.7.6 Les stratégies de gestion des conflits

« Dans un conflit relationnel, chaque personne détient sa propre vision de la réalité, à travers la singularité de ses propres besoins et de ses propres émotions. Articuler ces différentes perspectives et les intégrer aux données observables constitue un élément essentiel de la démarche de dénouement du conflit ». (CORMIER, 2002).

La gestion des conflits a une importance particulière car ils sont coûteux en énergie et ont des conséquences non négligeables sur le groupe. Ils peuvent être à l'origine d'une baisse de production, d'une scission de l'équipe en deux groupes opposés, et d'une baisse de la

qualité des soins. Les professionnels sont en effets polarisés autour de ces conflits et sont ainsi moins concentrés sur la qualité des actes à réaliser. Le cadre de santé a, dans ce contexte, un rôle primordial à tenir. Cette constatation est particulièrement vraie au bloc opératoire, lieu de multiples conflits. Leur gestion doit tenir une place importante dans l'encadrement de l'équipe afin d'en renforcer sa cohésion.

Il faut dans un premier temps reconnaître et affronter ces antagonismes. Puis, il est nécessaire de réaliser une analyse afin de distinguer les faits des interprétations, de reconnaître l'implication émotive et l'impact du conflit sur les différents acteurs. Il est également nécessaire de distinguer la dynamique interactive (la circularité des échanges). Viendra ensuite l'élaboration de la stratégie de gestion de ces rivalités. Certains pièges sont à éviter, comme la recherche impérative de la cause, le désir de changer l'autre, rester dans le blâme, penser qu'on a raison et la recherche « d'une solution »⁷⁵.

Il existe différentes méthodes de résolution de conflit en fonction de l'importance de celui-ci et de la volonté des protagonistes à le régler. Ces méthodes sont le recours hiérarchiques, l'arbitrage, la médiation et la négociation.

- *Le recours hiérarchique* n'est qu'une solution radicale en cas d'urgence mais ne débouche pas sur la résolution vraie du conflit et peut aboutir à un conflit larvé,
- *l'arbitrage* impose aux parties prenantes de choisir chacune un arbitre, ce qui leur permet de s'impliquer dans la résolution du conflit. Cette méthode n'est applicable que si le conflit n'est pas trop avancé car les différentes parties doivent donner leur consentement ce qui implique qu'elles sont déjà dans une optique de réconciliation,
- *la médiation* est également une méthode qui fait appel à un intervenant extérieur, qui servira de « relais » pour faciliter la discussion. Il est commun aux différents acteurs ce qui démontre une réelle volonté de négociation.
- *la négociation* est, quant à elle, la prise en charge du conflit afin de concilier les points de vue opposés. Elle peut prendre deux types différents : Elle peut être conflictuelle, c'est à dire, gagnant-perdant, lorsque les intérêts sont réellement divergents ou si des préjugés existent. Elle peut également être coopérative, gagnant-gagnant, lorsqu'un consensus, une concession ou un compromis sont trouvés.

⁷⁵ Ecole Polytechnique Montréal (2012), Portail HPR Travail en équipe, *Conflits interpersonnels*, disponible sur : <http://www.hpr.polymtl.ca/te/etudiants/CONFLITSINTERPERSONNELS.php>, consulté le 26/02/2012

La résolution de ces conflits peut également être envisagée sous l'angle de *la prévention*. Elle consiste à former les professionnels à la compréhension des différents modes de fonctionnement humain. Cela peut se faire grâce à des formations appropriées sur les savoir-faire comportementaux de contrôle de soi et de compréhension des autres.

Le cadre de santé doit être attentif à la montée des tensions afin d'agir avant que le conflit n'éclate. Il doit favoriser la discussion et les échanges, même informels, afin de créer un espace d'extériorisation d'éventuelles incompréhensions. Il occupe ainsi le rôle du « marginal sécant », c'est à dire *d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires* »⁷⁶.

4 Enquête de terrain

4.1 Méthodologie de recherche

Ayant choisi l'approche de la psychologie sociale dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai pu mettre en avant certains concepts théoriques qu'il me fallait mettre en adéquation avec la réalité du terrain. Recueillir des impressions, des expériences et l'avis de différentes catégories de professionnels ne pouvait se faire que grâce à un outil d'enquête adapté, laissant libre court à l'expression. L'entretien semi-directif m'a semblé le mode d'investigation le plus approprié. En effet, il permet de fournir une connaissance plus approfondie dans le domaine des représentations et des ressentis personnels. Il permet également d'être en relation directe avec les personnes interviewées et ainsi d'analyser les attitudes non verbales. La relation ainsi instaurée entre l'enquêteur et l'enquêté peut également être propice à l'émergence de « non-dits », favorisant ainsi une forme d'expression des ressentis nécessaire à la compréhension du sujet. Ainsi pour Alexandre MUCCHIELLI⁷⁷, « *les silences et les expressions du visage, les intonations de voix, sont de multiples facteurs environnementaux qui prennent une importance considérable au cours d'une discussion* ».

L'objectif de cette enquête vise donc à faire émerger concrètement ce qui relève bien souvent du domaine des représentations et des impressions, très dépendantes des individus eux mêmes. De plus, les différents concepts développés dans la partie théorique de ce travail

⁷⁶ M. CROZIER et E. FRIEDBERG (1977), *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, p.86

⁷⁷ A. MUCCHIELLI (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, pp.109-

me permettent d'avoir une grille de lecture psychosociologique de l'importance du facteur humain dans le fonctionnement du bloc opératoire ainsi qu'une appréhension de toutes les différentes théories ainsi réinterrogés.

4.1.1 Les populations enquêtées

J'ai choisi d'effectuer ces entretiens auprès de deux catégories de professionnels, les plus représentatives du thème abordé. J'ai donc réalisé quatre entretiens avec des IBODE, spécialisées ou non, et quatre entretiens avec des cadres de santé de bloc opératoire. Ce panel bien que restreint me semble judicieux afin d'obtenir des données pertinentes sur les différentes thématiques.

L'IBODE est, de par son rôle et sa fonction, l'acteur du bloc opératoire qui se trouve à l'interface de toutes les professions y exerçant. Elle côtoie quotidiennement tous les professionnels et doit les coordonner afin d'assurer une prise en charge de qualité du patient et de la chirurgie. Elle est donc bien souvent au centre des conflits et tensions générateurs de stress. Son positionnement « interne » à l'équipe lui confère un regard et un avis spécifique, orientés vers les interactions au quotidien et les relations interpersonnelles.

Le cadre de santé est également au centre des interactions humaines et professionnelles du bloc opératoire. De par sa fonction il doit coordonner les différents acteurs, organiser en amont l'activité et la réajuster en fonction des différents aléas qui surviennent au cours de la journée. Il a un regard plus transversal que l'IBODE sur la qualité des relations humaines et sur la dynamique de groupe régnant au sein de l'équipe du bloc opératoire. Il a également une place déterminante dans la communication et dans la cohésion de cette équipe par le biais de son positionnement en tant que manager.

Je n'ai pas retenu de critères spécifiques dans le choix qualitatif des personnes à interroger. Les IBODE sont diplômés pour deux d'entre eux, un est non diplômé et un en cours de formation IBODE. Les âges et les expériences sont variables et les deux genres sont représentés afin de pouvoir obtenir des avis les plus hétérogènes possibles.

Les cadres de bloc opératoire interviewés ont tous des expériences diverses, plus ou moins longues d'encadrement. Ils sont tous issus de la filière IBODE, ce qui leur permet de rendre compte de leur expérience d'IBODE mais également de leur expérience d'encadrement en réalisant également une comparaison. Les deux genres sont également représentés, trois des cadres interrogés sont des femmes, un cadre est un homme.

4.1.2 Les lieux d'enquête

Les lieux choisis pour réaliser ces entretiens sont tous des blocs opératoires polyvalents de tailles variables. Un panel de cinq blocs opératoires différents est représenté. Ils dépendent tous de GH de l'AP-HP. Toute sorte de chirurgie et de fonctionnement de blocs opératoires sont représentés afin d'éviter le plus de biais possibles dans l'étude. Ainsi deux blocs opératoires sont des blocs de chirurgie pédiatrique, regroupant plusieurs disciplines, dans le contexte de la chirurgie ambulatoire et dans celui de l'hospitalisation de plus de 24 heures. Trois autres unités de blocs opératoires concernent de la chirurgie pour adulte dans des spécialités très diverses comme la neurochirurgie, la chirurgie orthopédie, viscérale ou urologique. Tous les établissements représentés accueillent des urgences chirurgicales par le biais du Service d'Accueil et Traitement des Urgences. Cette particularité est importante car elle interfère fortement dans la gestion et l'organisation du bloc opératoire.

4.1.3 L'outil de recherche

J'ai choisi pour ce travail de recherche de réaliser des entretiens semi-directifs. « *C'est une technique qualitative fréquemment utilisée qui permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien* »⁷⁸. Les informations ainsi recueillies sont qualitativement très riches car elles permettent à l'interviewé de dévoiler ses pensées, préciser ses motivations tout en s'exprimant librement et en utilisant ses propres expressions.

Après concertation avec mon directeur de mémoire, les entretiens ont été réalisés à l'aide de deux guides (cf. Annexe 1 et 2), construits en regard du cadre conceptuel, des hypothèses préalablement définies ainsi que de mon vécu personnel en tant qu'IBODE puis en tant que faisant fonction de cadre de santé. Par choix, cet outil d'enquête est en partie identique pour les entretiens avec les IBODE et les cadres de santé afin de pouvoir réaliser une analyse croisée entre les ressentis et les attentes des deux catégories professionnelles sur les différentes thématiques.

Ce guide s'articule autour de trois axes principaux et d'un axe supplémentaire pour les cadres de santé. Les trois premiers thèmes concernent la qualité des relations humaines et leur impact, le stress, le conflit et le dernier thème réservé plus spécifiquement aux cadres de santé concerne le management. Chaque thème fait l'objet de trois à cinq questions d'explicitations ou de relance.

⁷⁸ *Entretien semi-directif*, disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi_directif, consulté le 10/04/2012

4.1.4 Déroulement des entretiens

Après validation du guide d'entretien par ma directrice de mémoire, il m'a fallu obtenir l'accord des différents Directeurs des Services de Soins Infirmiers des GH concernés. J'ai ensuite pu prendre les rendez-vous avec les différents professionnels soit par mail auprès de personnes ressources soit au cours du stage du module 4 « Fonction d'encadrement ». Lors de ces prises de rendez-vous j'ai uniquement évoqué le thème des relations humaines au bloc opératoire afin de ne pas dévoiler l'objet de recherche et ainsi altérer l'authenticité des entretiens. En effet, la spontanéité dans les réponses étant particulièrement importante je souhaitais la préserver au maximum.

Le cadre dans le quel s'inscrit ce travail de recherche a été rappelé à la prise de rendez-vous ainsi qu'en préambule de l'entretien. Afin de favoriser l'expression de chacun des professionnels, le caractère anonyme de l'enquête a été précisé. J'ai également proposé à chaque interviewé la possibilité d'un retour sur ces entretiens par le biais de la lecture du travail final.

Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 1 heure. Chaque interview « cadre » a pu se dérouler dans une pièce dédiée afin d'être au calme. Seul un des entretiens a été interrompu par une arrivée inopinée ce qui a nécessité la prise d'un rendez-vous ultérieur. Les entretiens avec les IBODE étant programmés avec l'accord des cadres des services concernés, un temps spécifique a pu être dégagé, essentiellement en fin de journée des professionnels.

4.2 Les limites et points forts de l'étude

Tout travail de recherche présente des difficultés dans sa mise en œuvre mais permet également d'obtenir un éclairage de la thématique étudiée particulièrement enrichissant. Les choix de départ en matière de recueil de données, de lieux d'enquête et de populations interrogées limite inévitablement l'exhaustivité des données. Il convient donc d'explicitier ces limites.

L'échantillon des deux catégories de professionnels interrogés étant restreint, les résultats obtenus ne peuvent donc prétendre à valeur statistique. Cependant, des ressentis et des expériences sont ainsi mis en exergues et permettent d'enrichir la réflexion et de faire évoluer la démarche de recherche. De plus, évaluer la qualité des relations humaines est difficile car elle ne se quantifie pas, elle ne résulte que d'une interprétation personnelle voire de celle d'une équipe.

N'ayant réalisé ces entretiens que dans des hôpitaux dépendant de l'AP-HP, je n'ai pas pris en compte des structures privées, ce qui aurait pu enrichir la réflexion.

Certaines catégories d'acteurs du bloc opératoire, telles que les chirurgiens ou les anesthésistes, les IADE ou les AS participant à l'organisation, au fonctionnement et interagissant avec les populations interrogées, n'ont pas été interrogées or leur point de vue aurait pu également faire évoluer la réflexion.

Malgré ces limites de travail, le sujet abordé a vivement intéressé les différents professionnels, celui-ci abordant des problématiques rencontrées au quotidien. Les entretiens ont été riches et source d'une réflexion que je vais exposer.

4.3 Présentation des données

4.3.1 Méthodologie de présentation des résultats

Les données recueillies lors des entretiens seront exposées par thèmes et par catégories d'acteurs. Cela permettra d'établir des similitudes ou des divergences d'opinion en fonction de la population étudiée et permettra une analyse plus détaillée.

Afin d'étayer ces données, des propos relevés durant les interviews seront cités stricto sensu. Dans un souci de confidentialité, les IBO et les cadres interviewés seront cités en utilisant des numéros.

L'IBO n°1 est spécialisé IBODE et a une expérience de 6 ans en bloc opératoire. L'IBO n°2 est spécialisé et a une expérience de 10 ans. L'IBO n°3 est non spécialisée et a une expérience de 4 ans. L'IBO n° 4 est non spécialisé et a une expérience de 4 ans. Ces quatre professionnels exercent tous dans des blocs pluridisciplinaires mais sont tous affectés dans une seule discipline.

Le cadre de santé n°1 a 9 ans d'expérience d'encadrement au bloc opératoire et fait actuellement fonction de cadre supérieur. Le cadre n°2 a 3 ans d'expérience d'encadrement. Elle exerce dans un bloc pluridisciplinaire et est responsable d'une discipline. Le cadre n°3 dispose de 11 ans d'expérience dans différentes spécialités chirurgicales. Elle exerce actuellement dans un bloc pluridisciplinaire et a en charge 2 secteurs. Le cadre n°4 exerce quant à lui dans une unité de chirurgie ambulatoire et dispose d'une riche expérience de 18 ans. Les durées des expériences d'encadrement sont variées afin de pouvoir mettre en lien l'expérience professionnelle et la gestion du stress et des conflits. Cela permet également de noter l'évolution, si elle existe, du management des cadres de santé au sein du bloc opératoire.

4.3.2 1^{ère} thématique : La qualité des relations humaines au bloc opératoire

Aborder la qualité des relations humaines, nécessite dans un premier temps de s'interroger sur les plus grandes difficultés rencontrées au quotidien par les différents acteurs et leurs répercussions sur l'ambiance du bloc opératoire. Dans un deuxième temps, j'ai demandé aux deux catégories d'acteurs de qualifier ces relations humaines au bloc opératoire selon quatre critères : bonnes, mauvaises, intenses ou difficiles. Et dans un troisième temps ils devaient évaluer l'impact de ces relations sur l'organisation.

4.3.2.1 Les Infirmières de Bloc Opératoire

➤ Les plus grandes difficultés rencontrées au quotidien par les IBODE :

Elles sont très souvent liées aux conditions de travail difficiles du bloc opératoire. Les horaires sont contraignants et impliquent une adaptation tant physique que intellectuelle. La charge mentale cognitive liée à la chirurgie est une des difficultés fréquemment rencontrées. Pour l'IBO n°1 « *la chirurgie demande une attention et une réactivité de tous les instants. Certaines chirurgies sont très complexes* ». C'est pourquoi la qualité des professionnels composant l'équipe est un critère important mis en avant afin d'équilibrer la charge de travail entre les différents IBO. L'IBO n°4 mentionne que « *le manque de personnel opérationnel est difficile au quotidien, ça nous oblige à redoubler notre activité et à pallier aux lacunes des recrues récentes* ». La formation des nouveaux professionnels représente également une charge de travail supplémentaire. Des difficultés d'accès à l'information sont également exprimées, ce qui ne facilite pas l'intégration des nouveaux professionnels. « *Il y a aussi les difficultés d'accès à l'information pour les débutants dans le bloc. C'est une structure fermée où les infos ne circulent pas beaucoup, c'est une cocotte-minute émotionnelle parfois. On passe du tout au rien* » (IBO n°3).

Les relations entre les différents acteurs du bloc sont également citées très souvent comme difficulté rencontrée au quotidien par les IBO. Les personnels avec lesquels ces interactions sont présentées comme difficiles sont les chirurgiens, les anesthésistes et pour un des IBO le cadre de santé. Les IBO se sentent très souvent au centre des différentes sollicitations, parfois contradictoires. Pour l'IBO n°3 « *Les penseuses sont souvent entre deux positions, c'est très désagréable* » et pour l'IBO n°4 « *Il faut savoir composer avec une multitude d'agents de différentes catégories professionnelles qui ont chacun leurs humeurs et leurs impératifs* »

La communication est également mentionnée comme étant souvent défailante voire absente et donc source d'incompréhensions au sein de l'équipe pluri professionnelle.

Les nouvelles contraintes économiques ou qualitatives pesant actuellement sur les blocs opératoires sont ressenties comme source de difficultés par les IBO. L'IBO n°2 mentionne que « *On nous en demande de plus en plus sans recruter de personnels. Dès qu'il y a une nouvelle charge de travail comme la check-list c'est à nous qu'ils demandent de le faire* ». Ce ressenti est partagé par l'IBO n°4 « *Il faut de plus en plus être « rentable », faire de la « qualité » mais en étant de moins en moins nombreux. Tout le monde devient tendu* ».

➤ La qualité des relations humaines au bloc opératoire :

Trois IBO sur quatre trouvent les relations humaines au sein du bloc opératoire bonnes et intenses, et le quatrième les trouve intenses. Ceci est très révélateur de l'état d'esprit régnant dans le bloc opératoire. De façon majeure, ces relations sont intenses et sont au centre de l'activité au quotidien mais paradoxalement cela n'est pas synonyme de relations difficiles pour les IBO. Elles sont qualifiées de bonnes mais dépendantes des interlocuteurs. Ainsi, elles sont parfois mauvaises mais non avouées come tel. Elles sont également décrites comme dépendantes d'impératifs matériels influents sur le bon déroulement de la chirurgie.

➤ L'impact de relations humaines sur l'organisation :

L'impact de ces interactions humaines est considéré par toutes les IBO comme très important voire majeur dans l'organisation du travail au bloc opératoire. Elles ont conscience que ces relations influent sur leur « *attitude professionnelle et la cohésion d'équipe* » (IBO n°1) et que « *de très mauvaises relations mettent en péril l'organisation de travail* » (IBO n°3). La qualité des relations est également mise en avant car elle induit des facilités de communication et donc d'organisation. La communication au sein de l'équipe est ainsi identifiée comme un des éléments principaux permettant une bonne cohésion. Mais celle-ci est décrite comme souvent difficile. Atteindre un bon niveau relationnel et le conserver ne semble donc pas aisé car beaucoup d'éléments interfèrent dans les échanges du groupe. « *Au bloc le moindre grain de sable peut enrayer la machine et toute cette organisation peut devenir anarchique. C'est des fois une mésentente ou un conflit mais quelque fois c'est la crainte de l'autre ou d'être décrédibilisé* » (IBO n°4).

4.3.2.2 Les cadres de santé

➤ Les plus grandes difficultés rencontrées au quotidien par les cadres :

Le manque de temps est une problématique majeure chez les cadres de santé. Cette gestion du temps particulièrement difficile crée des tensions pour les cadres qui expriment

une vraie difficulté et un sentiment d'insatisfaction quant à cette problématique. Pour le cadre n°1 la première difficulté au quotidien est « *La gestion du temps : c'est trouver le temps de tout faire en prenant en compte toutes les interférences, la gestion des urgences. C'est en lien avec l'équipe : c'est la gestion des absences qui va bouleverser l'organisation, entraîner des changements de programme opératoire, urgences à intégrer* ». Le cadre n°3 précise : « *Le manque de temps et de concentration. Je cours toujours après le temps. On a souvent plusieurs demandes à traiter en même temps et qu'il faut donc hiérarchiser. On ne peut pas fonctionner correctement* ». Leur propre organisation est le plus souvent bouleversée par de nombreuses demandes auxquelles il faut répondre de façon urgente. Ces requêtes sont essentiellement liées à la gestion des ressources humaines. Trouver une réponse adaptée aux différentes absences du personnel est mis en avant par les cadres comme étant source de difficultés et chronophage. Cela nécessite de savoir gérer l'équipe en fonction des individus ou du contexte, ce qui requiert une capacité d'adaptation du cadre au regard des personnalités et des obligations institutionnelles. Le positionnement du cadre est aussi mentionné comme étant difficile car il se situe à l'interface entre les diverses logiques professionnelles et les impératifs d'organisation dépendantes du reste de l'hôpital. Cette dépendance vis à vis des autres professionnels oblige le cadre à se réorganiser continuellement et interfère directement dans son emploi du temps. Pour le cadre n°2 « *Le cadre est un maillon dépendant des autres professionnels de l'hôpital qui désorganisent ainsi tout son travail* ».

Les cadres de santé mettent également en avant la gestion du matériel comme une activité importante du cadre de santé en bloc opératoire. Il doit anticiper les besoins, faire face aux différents imprévus tels que des pannes ou du matériel défectueux et ceci dans un contexte d'urgence fréquent. Pour le cadre n°2 « *Quand le matin j'arrive et qu'il n'y a pas le matériel pour la chirurgie, ça c'est le stress du cadre* ». De plus cette gestion revêt un caractère particulier car sans matériel adéquat la chirurgie ne peut se faire, désorganisant ainsi le programme opératoire et la prise en charge du patient.

➤ La qualité des relations humaines au bloc opératoire :

Qualifier les relations humaines au sein du bloc opératoire semble complexe pour les cadres de santé. Ils les identifient comme étant variables et de très dépendantes des individus. « Intense » est également un des qualificatifs souvent employé. « *C'est intense, parce que c'est tendu, c'est une ambiance qui est souvent tendue parce que le travail est très rigoureux, très orchestré et des qu'il y a une interférence ça devient très conflictuel.* » (Cadre n°1). « *Je dirais intense. Mais c'est inhérent à un groupe de personnes. Il y a toujours des tensions dans un groupe, quand tout ne se déroule pas comme prévu.* » (Cadre n°2). La spécificité du travail

en bloc opératoire et l'identité des différents professionnels sont ainsi directement en lien avec la qualité des relations humaines. « *La dispute c'est normal pour un bloc opératoire. Ce n'est pas le même métier. On aborde le patient différemment mais chacun veut avoir sa place* » (Cadre n°2). Une bonne cohésion au sein de l'équipe est également citée comme facilitant les interactions et les échanges et ainsi participant à la qualité des relations entre les différents professionnels.

➤ L'impact de relations humaines sur l'organisation :

Pour l'ensemble des cadres, les relations humaines entre les différents professionnels n'ont d'influence sur l'organisation que quand elles sont très conflictuelles. « *S'il y a un impact sur l'organisation c'est que c'est vraiment un conflit très important* » (Cadre n°1). Les conséquences sont mesurables en terme de prise de retard sur le programme opératoire, générant ainsi parfois des heures supplémentaires pour le personnel paramédical. Cette désorganisation ainsi engendrée est elle même source de tensions au sein de l'équipe. Deux des cadres mettent en avant leur propre rôle dans la gestion de ces conflits. Ils se doivent de régler les problèmes avant que ceux-ci n'aient un impact sur l'organisation. « *Ce qu'il faut arriver à faire quand on est cadre et qu'on a une décision à prendre c'est de pas aller vers celui qui crie le plus fort mais vers l'intérêt le plus important pour le patient. Mais ce n'est pas toujours complètement lié* » (Cadre n°4).

4.3.3 2^{ème} thématique : Le stress

Afin d'étudier le stress au sein de l'équipe du bloc opératoire, j'ai dans un premier temps demandé au différents professionnels d'évaluer le niveau de stress selon trois critères : Permanent, Ponctuel, Fluctuant. Dans un deuxième temps il leur était demandé de juger de leur propre état de stress et d'explicitier les méthodes utiliser pour le gérer.

4.3.3.1 Les Infirmières de Bloc Opératoire

➤ Evaluation du niveau et des facteurs de stress au bloc opératoire :

Le stress n'est pas permanent au bloc opératoire pour les IBO. Il est qualifié à l'unanimité de ponctuel et fluctuant. Il est donc présent mais dépendant de la diversité des situations de travail. « *Pour moi il est variable suivant la charge de travail, le nombre d'interventions, de salles ouvertes ou le nombre de personnels présents* » (IBO n°2).

On peut ainsi noter que le stress est présent dans tous les blocs opératoires indépendamment du type de chirurgie ou d'établissement. Il est également évalué de la même façon par un homme ou une femme.

Majoritairement les IBO disent ne pas se sentir stressés. Le stress est plutôt perçu de façon ponctuelle et surtout en fonction de situations difficiles liées au contexte de la chirurgie. « *Je ne suis pas stressé mais il peut m'arriver de devoir gérer des situations de stress, plus en moins longues et intenses. Soit en fonction de la chirurgie ou parfois avec des collègues, quand le boulot n'est pas fait ou mal...* » (IBO n°4). Les relations entre collègues sont également identifiées comme étant génératrices de stress. Le niveau de compétence, induisant le niveau de confiance envers les autres professionnels du bloc opératoire, semble être fondamental dans les relations entre collègues. « *C'est aussi lié aux personnes avec lesquelles on travaille en fonction de leur caractère, de leurs compétences ou incompétence...* » (IBO n°1). « *Ça dépend beaucoup des gens avec qui on travaille. Si on s'entend bien tout peut arriver on ne panique pas, il n'y a pas de stress, on réagit vite, on sait ce qu'il y a à faire. La confiance est très importante au bloc. Tu ne peux pas bosser sereinement si tu ne fais confiance à ceux avec qui tu es en salle* » (IBO n°4). La relation entre pairs est d'autant plus spécifique entre les IBO que si des difficultés relationnelles apparaissent elles semblent plus difficiles à supporter. « *Je fais avec pour le chirurgien mais c'est très compliqué avec la collègue* » (IBO n°3).

En revanche, elles pensent ne pas avoir de pouvoir dans leur relation avec les chirurgiens, ne pas être en capacité d'agir et de ce fait elles supportent les situations difficiles comme des « *excès d'autorité hiérarchique* » (IBO n°3). On constate également que l'organisation en amont est fondamentale dans la réussite de la chirurgie, tout se doit d'être bien programmé et anticipé pour le bon fonctionnement du bloc opératoire. La bonne gestion du matériel est un des éléments qui participe à la bonne organisation et permet ainsi d'éviter les situations stressantes. « *Les problèmes de matériels manquants ou défectueux sont aussi source de stress important, surtout en pleine chirurgie. Si tout n'est pas bien organisé à l'avance ça ne marche pas au bloc* » (IBO n°4). Le stress est décrit par les IBO comme étant directement lié à l'activité chirurgicale. Le contexte de l'urgence, ou d'une chirurgie engageant le pronostic vital sont particulièrement propices à la survenue de ce stress. « *Il dépend des interventions, le contexte de l'urgence est plus stressant que la chirurgie programmée* » (IBO n°2). De plus, l'attitude du reste de l'équipe semble également être un facteur majorant le stress. Le stress des autres professionnels est décrit comme étant communicatif et potentialisateur de son propre stress aggravant ainsi l'ambiance déjà difficile de situations spécifiques. « *Il y a aussi l'effet « boule de neige » : la personne stressée a tendance à communiquer son stress à tout le monde, surtout à ses collègues les plus proches* »

qui eux mêmes propagent l'atmosphère délétère » (IBO n°4). « L'attitude des membres de l'équipe est importante aussi, le stress des autres peut être contagieux » (IBO n°1).

➤ La gestion du stress et l'accompagnement:

La gestion du stress passe pour les IBO par un niveau de compétence élevé. Il leur paraît essentiel de supprimer toute zone d'incertitude qui pourrait les mettre en difficulté en cas de situation urgente nécessitant une réaction immédiate. *« Je suis très exigeante avec moi même. Je dois être irréprochable pour pouvoir pallier aux manquements de mes collègues ou à des problèmes de matériels. Il faut trouver des solutions le plus rapidement possible et le stress n'a pas le temps de s'installer » (IBO n°1).* Cette gestion est très individuelle et aucun IBO ne mentionne d'accompagnement institutionnel programmé. *« Je ne bénéficie pas d'aide au quotidien. On apprend sur le tas ! » (IBO n°1). « Dans les faits on ne bénéficie pas d'accompagnement » (IBO n°3).* Gérer le stress pour les IBO passe par des échanges informels et un besoin d'écoute afin de partager les expériences difficiles. *« L'accompagnement est informel mais je sais que je peux trouver une oreille attentive et apaisante auprès de ma cadre et même au sein de mon équipe (certains collègues valent bien une psychologue) » (IBO n°4). « En cas de stress je recherche une écoute, un échange, et un soutien auprès de mon équipe paramédicale et chirurgicale afin de confronter nos vécus, de démystifier les évènements déclenchant ce stress, de se sentir moins seule et plus normale » (IBO n°1).*

Une aide supplémentaire afin de gérer le stress n'est paradoxalement souhaitée que par la moitié des IBO interrogés. Cet accompagnement prendrait la forme de réunions ou d'espaces de discussion afin de pouvoir échanger, avec les personnes concernées, sur des moments difficiles afin d'exprimer les ressentis. *« Des réunions de service sur le sujet ou pour pouvoir parler de ce qui ne va pas, des situations difficiles » (IBO n°1). « Il est impératif de communiquer entre nous si on ne veut pas que les difficultés se pérennisent » (IBO n°3). « Au sein de l'équipe avoir des moments pour s'exprimer c'est indispensable » (IBO n°4).* Un des infirmiers précise qu'il souhaite une aide plus en amont afin d'éviter ces situations. *« Des formations ciblées, des réévaluations des connaissances de toute l'équipe et des audits qualité plus réguliers » (IBO n°2).* Dans cette conduite du stress, les IBO identifient le rôle du cadre comme étant essentiel pour la gestion des compétences au sein de l'équipe, pour favoriser la cohésion et l'équité, et ainsi éviter les moments stressants. Une des IBO souhaite également plus de sensibilisation de l'encadrement sur le sujet et plus de neutralité, ce qui est indissociable de l'idée de parité au sein de l'équipe. *« Je souhaiterai plus de sensibilisation et de neutralité de la part de l'encadrement. Plus de parité au sein de l'équipe serait aussi*

nécessaire et éviterai beaucoup de moments difficiles ». Dans toutes les réponses, le cadre du bloc opératoire n'est cité qu'une seule fois de façon explicite, mais le rôle du cadre est sous-entendu dans toutes les réponses. En effet, il est nécessaire pour les infirmiers d'organiser des réunions, des formations, des mini-débriefings ou des moments d'expression. Cela nécessite de libérer du temps et d'organiser ces rencontres, ce qui ne peut se faire que par l'intermédiaire de l'encadrement.

4.3.3.2 Les cadres de santé

➤ Evaluation du niveau et des facteurs de stress au bloc opératoire :

Pour les cadres de santé, le stress est très présent au bloc opératoire. Il est qualifié d'*élevé* et de *permanent* voire *fluctuant* pour deux d'entre eux. Un des cadres estime qu'il fait parti des habitudes de vie du bloc opératoire. « *On ne le perçoit plus parce qu'on est dedans. On vit avec* » (cadre n°3). C'est donc une des caractéristiques indissociables du fonctionnement de cette structure. Les facteurs à l'origine de ce stress sont variés. Les cadres interrogés mentionnent l'acte chirurgical comme étant particulièrement générateur de stress, le contexte de l'urgence, des problématiques de matériel mais également les relations humaines intenses. « *La chirurgie est très génératrice de stress, il a des périodes parfois extrêmement stressantes Il y a aussi celui lié aux relations humaines entre les gens qui peuvent être conflictuelles, ça dépend des personnalités parfois très fortes ou des identités professionnelles* » (cadre n°1). « *Il est le plus souvent lié à la gestion du matériel et du personnel* » (cadre n°2). Une des spécificités du bloc réside dans le fait que chaque catégorie professionnelle a ses propres impératifs et que les facteurs de stress peuvent varier d'un professionnel à un autre au regard de son activité. Cela rend difficile la cohésion au sein de l'équipe. « *Chaque catégorie professionnelle subit différentes pressions. Les chirurgiens ont le stress de la chirurgie, les anesthésistes c'est encore différent. Pour les IBODE c'est catastrophique. Elles doivent gérer leur stress plus celui du chirurgien, c'est très intense* » (cadre n°2). « *Les chirurgiens sont parfois caractériels, il faut être blindé au bloc* (cadre n°2).

Les cadres avouent dans un premier temps ne pas se sentir personnellement stressés. « *Je ne suis pas personnellement quelqu'un de stressé, je peux être stressé, mais je ne suis pas angoissée* » (cadre n°1). « *Je ne suis pas d'un naturel stressé mais c'est parfois indépendant de notre volonté. Quand tout s'accumule* » (cadre n°2). « *. Je ne montre rien. Je vis avec lui, il m'accompagne tout le temps. Il y a des moments plus intenses, comme un manque de matériel quand le malade est sur table, il y a des coups de stress. Ça a des répercussions sur l'organisation* » (cadre n°3). Mais on peut constater qu'au quotidien les situations difficiles et

l'activité spécifique du bloc opératoire influent effectivement sur le niveau de stress ressenti par les cadres.

Le rôle du cadre au sein du bloc est décrit comme intrinsèquement déclencheur de stress. De par leur position à l'interface entre tous les professionnels, leur responsabilité sur l'organisation et la gestion, les cadres sont exposés à toutes sortes de demandes parfois très urgentes voire contradictoires. Cela demande beaucoup de réactivité et d'adaptabilité. « *Il y a du stress parce qu'en général on est, en tant que cadre, au milieu de tous, seul entre l'équipe paramédicale et l'équipe médicale, voire l'administration aussi. C'est nous qui faisons un lien, une interface entre tout le monde. On joue sur notre organisation. On a des pressions et des uns et des autres* » (cadre n°1). Les responsabilités du cadre en lien avec son activité sont également source d'une pression supplémentaire. « *Quand je commence à être impliqué, si j'avais fait autrement et que les choses ne se seraient pas passées, là c'est très stressant* » (cadre n°4). « *Il faut être opérationnel pour n'importe quel sujet : vous passez de la gestion de matériel au projet d'organisation. Il faut savoir déléguer, savoir à qui on s'adresse et il faut savoir prendre du recul et analyser vite les choses pour gérer. On nous demande d'être efficace et de régler les problèmes vite* » (cadre n°1). On retrouve dans la réponse à cette question la notion de gestion du temps des cadres du bloc. Celle-ci étant difficilement maîtrisable elle est source d'insatisfaction. « *. Ce qui crée le stress c'est l'importance des choses qu'il faut ajouter, il y a des jours où ça démarre très mal, soit à cause de la gestion RH, ou du matériel* » (cadre n°1). « *Cette gestion du temps c'est ce qui est le plus important. Il faut prioriser, mais même quand on le fait, il y a beaucoup de choses qui deviennent urgentes à la fois* (cadre n°1).

➤ La gestion du stress et l'accompagnement:

Le stress ainsi constaté peut avoir des effets particulièrement néfastes sur les professionnels et générer des risques psychosociaux à ne pas négliger. « *Pour les IBODE c'est catastrophique. Elles doivent gérer leur stress plus celui du chirurgien, c'est très intense* » (cadre n°2). « *Je dois l'être car je constate des modifications dans mon comportement à la maison. C'est plus une fatigue mentale. On a plus la niaque. Ça a une répercussion sur le physique. Au boulot je gère très bien, ça retombe à la maison. Je ne montre rien* » (cadre n°3).

Une organisation sans failles et parfaitement anticipée semble être pour les cadres un des mesures à prendre pour réduire le niveau de stress au bloc opératoire. Celle-ci évite certains aléas qui perturbent et désorganisent le travail au quotidien générant du stress. « *. Ne pas trop laisser en attente sinon on cumul et on est vite débordé, on a la tête sous l'eau.*

L'idée c'est de mettre à plat et de mettre en place une organisation très rodée, très rigoureuse. Il faut s'organiser à l'avance » (cadre n°1).

Un des cadres évoque ce qui pour elle constitue la fonction d'encadrement. *« Dans la fonction d'encadrement c'est 80% de la gestion des relations humaines, c'est ça qui passe du temps, parce que ça il faut prendre le temps d'écouter, d'analyser et de prendre du recul avant de décider quoi que ce soit. Et ça ça prend du temps »* (cadre n°1). Le relationnel prend donc ici une place particulièrement dans la gestion anticipée du facteur stress par le cadre de santé. Une des pistes évoquée afin de réduire les tensions génératrices de stress est de bien connaître les membres composant l'équipe. *« A partir du moment où on maîtrise ce que l'on fait, où on connaît bien les gens, il faut bien connaître son équipe, il faut bien connaître le fonctionnement pour aborder les choses de la bonne façon pour régler le problème »* (cadre n°1).

Les cadres n'évoquent pas d'accompagnement au quotidien dans la gestion de leur stress et de celui de l'équipe. Trois d'entre eux mentionnent une formation dont ils auraient bénéficié à l'IFCS, mais celle-ci est soit arrivée trop tôt dans leur carrière soit oubliée. Ils ont tous développés leur propre manière de gérer le stress, en fonction de leur personnalité, et se basent sur des principes fondamentaux qui leurs semblent essentiels dans la gestion de ce risque psychosocial. L'équité dans le management de l'équipe est indispensable au bon fonctionnement et participe ainsi à la gestion du stress. *« Ce qui est important dans une équipe c'est de savoir comment elle fonctionne, et c'est l'équité. Il faut être juste. Il ne faut pas avoir à prendre partie, on ne peut pas prendre partie »* (cadre n°1). Il est également nécessaire en tant que cadre de rester juste et calme afin de créer cette cohésion indispensable au sein de l'équipe. *« Il faut essayer de ne pas se laisser influencer, ne pas se laisser dépasser par les événements, mais ce n'est pas toujours évident. Il faut essayer de garder un jugement éclairé. A un moment donné ce qui est le plus difficile c'est de garder la tête froide, car il peut y avoir un cumul de problèmes »* (cadre n°4). *« Il ne faut pas paniquer. Il faut se calmer et voir les choses en face. En salle l'IBODE restaure l'entente, c'est elle qui ramène le calme. Le cadre lui doit calmer les IBODE »* (cadre n°2).

Une aide essentielle, particulièrement abordée dans les entretiens, concerne la communication. *« La solution au bloc c'est d'en parler. Il ne faut pas l'ignorer. Il faut préparer les équipes au stress de la chirurgie »* (cadre n°2). *« Une aide importante c'est d'en parler : Il faut absolument communiquer. Ça permet de relativiser. Ça fait du bien de partager »* (cadre n°3).

4.3.4 3^{ème} thématique : Le conflit

Afin de ne pas influencer les réponses des professionnels j'ai dans un premier temps souhaité savoir si des conflits étaient existants dans les blocs opératoires où ils exercent. Cette évaluation pouvait se faire selon plusieurs niveaux : quotidiennement, régulièrement, exceptionnellement, jamais. Il était ensuite nécessaire de comprendre qu'elles sont les causes principales de ces conflits et comment les professionnels des deux catégories interrogées les résolvent. Le dernier point abordé concernait les conséquences de ces conflits sur l'ambiance du bloc opératoire, de leurs points de vue respectifs.

4.3.4.1 Les Infirmières de Bloc Opératoire

➤ La fréquence et les causes des conflits au sein du bloc :

Unaniment, les infirmiers interrogés ont constaté des conflits réguliers au bloc opératoire. Cette notion de conflit est présente indépendamment du type de structure dans laquelle ils exercent. On constate également qu'elle n'est pas plus décrite chez les hommes que chez les femmes. La fréquence est identifiée comme régulière mais pas quotidienne. Spontanément une des IBO a cherché tout de suite à donner les causes de ces conflits. L'organisation est dans un premier temps évoquée comme un facteur déclenchant de conflits. « *C'est souvent à cause de la différence d'organisation de travail entre les IBODE, les IADE et les chirurgiens et médecins anesthésistes. On travaille en 7h36 et les autres corps de métiers sans heure de fin. Les impératifs ne sont forcément pas les mêmes* » (IBO n°3). L'inadéquation entre les impératifs horaires et matériels des personnels médicaux et paramédicaux est également avancée comme une des raisons de ces conflits. « *Le manque de personnel est souvent source de conflits car ils ne comprennent pas qu'on doit arrêter certaines salles à certaines heures* » (IBO n°2). Malgré une organisation actée officiellement par l'institution chacun tente d'atteindre ses objectifs personnels sans s'inclure dans le contexte du groupe et des impératifs de celui-ci. « *Pourtant tout est censé être écrit dans la charte de bloc mais on a l'impression qu'ils découvrent toujours tout le fonctionnement tous les jours. Ça les arrange bien de faire semblant de ne pas savoir comment ça fonctionne, comment ça ils peuvent s'énerver sur ceux qui sont en salle* » (IBO n°4).

Quand on interroge les IBO sur les causes de ces conflits, plusieurs thèmes sont abordés : les rapports humains, la communication, le contexte économique et la spécificité du contexte du bloc opératoire. Les rapports humains sont définis comme difficiles. « *C'est souvent lié aux rapports humains naturels. Les incompatibilités d'humeurs...* » (IBO n°1). Le manque de cohésion entre les différents professionnels du bloc opératoire est source de

tensions et d'incompréhension aboutissant le plus souvent à des conflits. Les différents protagonistes semblent ne pas connaître, ou ne pas vouloir connaître, les impératifs des autres professionnels du bloc opératoire. « *Il y a aussi le sentiment de non reconnaissance, d'inégalité, d'irrespect qui génèrent des conflits* » (IBO n°1), « *Les gens n'ont pas l'esprit d'équipe. Chaque corporation a l'impression d'être plus importante que les autres* » (IBO n°3), « *L'égo de chacun est la raison numéro 1 de ces conflits : en tentant de se valoriser, quitte à dévaloriser les autres, on instaure un esprit de compétition où chacun est comparé aux autres et cette comparaison a souvent pour effet de créer la jalousie et la rancune* » (IBO n°4). C'est pourquoi l'ambiance générale du bloc opératoire et la convivialité sont importantes. Elles sont le reflet de la dynamique du groupe et influent sur la qualité du travail réalisé. « *Il y a un indicateur important sur l'entente des équipes c'est le repas du dimanche quand on est de garde. S'il est organisé à l'avance et que tout le monde y participe c'est que l'équipe est soudée et que la garde va bien se passer. A l'inverse quand rien n'est programmé et que personne ne s'en occupe bien souvent on ne mange pas ensemble et la garde se passe souvent mal* » (IBO n°3). Le manque de communication est également mis en avant. Cette absence de communication est source de nombreuses incompréhensions et aboutit à des dissensions au sein de l'équipe. Les identités professionnelles sont également décrites comme fortes et source de conflits. « *L'absence d'information ou le manque de communication peuvent compromettre le déroulement et l'organisation de la journée* » (IBO n°3). « *Le manque d'information, de communication, de connaissances de la part des services transversaux* » (IBO n°2). Le contexte économique contraint actuel a également des répercussions au quotidien sur les professionnels qui le vive comme une pression supplémentaire. « *La recherche de la productivité de chaque unité induit un manquement de considération des services en aval. Personne ne s'occupe de savoir si toutes les conditions sont respectées pour prendre en charge les patients dans un contexte de qualité. Maintenant il faut faire du chiffre et rendre des comptes sur toute notre activité sans s'occuper des conditions dans lesquelles sont réalisés ces actes* » (IBO n°2). La thématique du lieu, du contexte spécifique du bloc opératoire, est également une des sources identifiées par les IBO. C'est un lieu fermé, où les échanges avec les autres unités se font mal et où la moindre difficulté prend des proportions importantes. « *Une autre raison est l'omniprésence des rapports aux autres : hormis le patient, les collègues sont les seuls avec qui partager une relation. Cela provoque un réseau social avec anecdotes et histoires réelles ou imaginées à la clé. S'en suivent rumeurs et critiques* » (IBO n°4).

Cette question a été l'occasion pour chacun des IBO de s'exprimer sur un phénomène identifié qui leur tient visiblement à cœur. Les réponses ont été très détaillées et chacun des quatre IBO a pu en donner une vision assez personnelle.

➤ La résolution des conflits:

La communication est à la base de la résolution des conflits pour l'ensemble des IBO. « *Par des discussions qui servent de « mise à plat », ça peut être lors de réunions mais aussi dans le couloir* » (IBO n°1). « *Dans l'idéal par une médiation* » (IBO n°4). Ces échanges se font sur la base de la volonté de chacun, et font parfois appel à des intermédiaires tels que le cadre de santé ou le chef de service. L'idée de la hiérarchie dans le règlement des conflits est donc évoqué mais ne semble pas prioritaire pour les professionnels. Les relations de pouvoir sont également identifiées. « *L'autre possibilité c'est que celui qui parle ou qui crie le plus fort c'est celui qui gagne* » (IBO n°3).

Mais la résolution des conflits, la recherche des causes ne semble pas systématique. Les IBO ressentent le besoin de s'exprimer mais ce n'est pas toujours réalisé. « *Mais bien souvent rien n'est fait* » (IBO n°1). Le temps, synonyme de non verbalisation et d'oubli est cité comme moyen de résoudre ces conflits. « *Dans les faits c'est plus le temps qui efface les conflits* » (IBO n°4).

➤ L'impact des conflits sur l'ambiance du bloc opératoire :

Ces conflits sont générateurs d'une ambiance délétère et improductive selon les IBO. L'organisation en est perturbée et cela a une incidence notoire sur la qualité de la prise en charge des patients. « *Un conflit ouvert plombe l'ambiance générale et donc le travail est de plus mauvaise qualité* » (IBO n°4). « *S'il y a eu des conflits précédents entre les personnes en question, quelque soit leur fonction, ils sont moins enclin à faire des efforts pour faciliter une organisation de travail ou une prise de décision sur les priorités du jour* » (IBO n°2). « *Ils ont des conséquences sur l'organisation du bloc et sur la qualité du travail d'équipe* » (IBO n°1).

Ces conflits, bien que très présents, ne sont pas identifiés comme omniprésents. Leurs conséquences sont donc souvent immédiates mais ne perdurent pas dans le temps. « *Ce n'est pas permanent mais quand il y a conflit on se sent forcément moins enclin à travailler correctement avec les autres* » (IBO n°1).

4.3.4.2 Les cadres de santé

➤ La fréquence et les causes des conflits au sein du bloc :

Les conflits sont présentés par les cadres de santé comme très réguliers, voire comme une évidence au bloc opératoire. Seul un des cadres travaillant dans un secteur spécifique, celui de la pédiatrie relativise la fréquence des conflits au sein de son unité. « *Globalement ça se passe bien. Ici ce n'est pas un bloc où on se tire dans les pattes* » (cadre n°3). Elle explicite ce phénomène par le fait que l'équipe infirmière est une dynamique positive et un positionnement particulier. « *L'équipe fait bloc face aux chirurgiens* » (cadre n°3).

Plusieurs causes sont mises en avant par les cadres comme étant à l'origine de ces conflits au bloc opératoire. On peut noter comme facteurs favorisant les conflits : le contexte spécifique du lieu, une mauvaise communication, les identités fortes des différents professionnels, des problèmes organisationnels tels que la gestion du programme opératoire ou la gestion du matériel.

Le bloc opératoire est un lieu spécifique Il est qualifié de fermé de par ses impératifs d'asepsie empêchant toute circulation des professionnels. Cela contribue à créer une atmosphère particulière où les conséquences de chaque échange ou interaction entre les différents professionnels sont amplifiées. « *C'est un espace confiné ici. Ça explose vite, la discussion vient après. Le bloc c'est très fermé, vu de l'extérieur on ne sait pas trop ce qui s'y passe. . A part pour ceux qui y travaille, pour ceux de l'extérieur du bloc c'est très flou. On ne sait pas ce qui s'y fait. On sait qu'il y a un malade qui entre et il y a un patient qui ressort, entre temps il a été opéré* » (cadre n°1). « *Le bloc est un lieu de travail spécifique, on s'y plaît ou pas du tout. Il faut vraiment que ça plaise pour supporter les moments de crise* » (cadre n°4).

Au sein de cette unité spécifique, les acteurs y exerçant se caractérisent très souvent par des identités professionnelles fortes et parfois même des caractères personnels forts. Cela contribue régulièrement à l'apparition de tensions entre eux. « *Les IBODE ont du caractère, elles ne se laissent pas faire. Elles se heurtent souvent aux autres professionnels* » (cadre n°2). « *Les chirurgiens sont caractériels ce qui ne facilite pas le travail. Plus personne ne veut travailler avec certains d'entre eux* » (cadre n°2). « *Les chirurgiens forcent toujours autant pour faire leur programme et les anesthésistes freinent toujours des quatre fers* » (cadre n°3). « *Un autre facteur est l'identité professionnelle, les professionnels du bloc sont très corporatistes, ils défendent leur clan et leurs impératifs sans tenir compte des autres. Les deux plus grands camps sont la chirurgie et l'anesthésie* » (cadre n°4). Dans le groupe restreint formé par les personnels du bloc opératoire, les relations interpersonnelles prennent donc une importance majeure. « *Il y a différentes catégories de personnels qui naviguent dedans avec chacun ses priorités, c'est à dire, l'anesthésiste, le chirurgien, l'IBODE, chacun*

a son petit truc et si ces personnes ne se parlent pas ça devient vite compliqué, et les problèmes en général ils viennent de là. Et si à ça se rajoute des problèmes d'organisation le niveau sonore peut monter très haut » (cadre n°1).

Afin de pallier cette spécificité de personnalités, la communication entre les membres se doit être de particulièrement bonne qualité. Or les cadres constatent que celle-ci ne l'est pas et qu'elle fait souvent défaut. Ce qui est à l'origine de nombreux conflits. *« Si il y a une bonne communication, une bonne cohésion dans l'équipe. Ce qui fait qu'il y a conflit c'est que les gens ne se parlent pas. Est-ce que la check-list va résoudre le problème...je ne sais pas. Souvent c'est lié à des choses qui ne sont pas dites ou à des informations qui ne sont pas passées, ça démarre de là* » (cadre n°1). *« Le manque de communication au sein des équipes est également source de nombreux conflits. Le rôle du cadre c'est de la rétablir* » (cadre n°4). *« Toutes ces histoires de conflits sont liées à une mauvaise communication et qu'il y a forcément des choses à mettre en place* » (cadre n°2).

La mauvaise gestion prévisionnelle de l'organisation est également présentée comme source de conflits. *« C'est souvent lié à la gestion du programme opératoire ou du matériel* » (cadre n°4). *« Ca dépend aussi des conditions de travail. Si tout est organisé ça limite les raisons de conflit* » (cadre n°1).

➤ La résolution des conflits:

Les cadres de santé présentent la résolution de ces conflits comme difficile mais relevant le plus souvent de leur responsabilité. Ils se doivent de gérer les crises aux quotidiens et de proposer des solutions à mettre en place en amont des conflits. Ce rôle est bien souvent dans la négociation ou la communication afin de rétablir la cohésion au sein de l'équipe. *« Si c'est lié aux personnes c'est au cadre de s'en occuper. Ça passe par le dialogue* » (cadre n°1). *« Moi je les laisse crier. Je cherche à analyser pour pouvoir faire quelque chose pour l'équipe paramédicale. Je vais aussi dans le sens des malades, pour faciliter la prise en charge. Je négocie, je rentre en salle. Et le cadre est au milieu de tout ça. Il faut que les équipes sachent qu'on est à leur écoute. Ils sont demandeurs de réunion avec leur cadre*» (cadre n°3). *« Le manque de communication au sein des équipes est également source de nombreux conflits. Le rôle du cadre c'est de la rétablir* » (cadre n°4). Les équipes de professionnels ont besoin d'exprimer leurs ressentis et de faire le point sur leurs difficultés. Leur interlocuteur privilégié est bien souvent le cadre de proximité. Celui-ci, les côtoyant au quotidien, sera plus en mesure de leur proposer des solutions adaptées.

L'équité au sein de l'équipe est à nouveau citée par l'encadrement comme une valeur indispensable au bon fonctionnement du bloc et par conséquent à la gestion préventive des

conflits. « *En tant que cadre il faut être équitable, tout le monde doit tourner avec les plus difficiles* » (cadre n°2). Cette impartialité du cadre favorisera la cohésion au sein du groupe, indispensable au bon fonctionnement. « *Mais il faudrait plus de travail en équipe. Il faut revoir la considération des chirurgiens envers les IBODE* » (cadre n°2). « *La cohésion au sein de l'équipe est fondamentale pour que l'organisation fonctionne et que la qualité de la prise en charge du patient soit la meilleure possible. Le cadre doit favoriser cet esprit d'équipe indispensable* » (cadre n°4).

Une organisation défaillante ou rigide ne laissant pas de possibilité de réajustement face aux aléas quotidiens inévitables, est également source de nombreux heurts. Elle doit être anticipée et programmée mais laissant une possibilité de réajustement. « *Si tout est organisé ça limite les raisons de conflit. Il faut avoir organiser des moyens pour que la cellule de coordination puisse réagir vite quand il y a un aléa et qu'il faut changer le programme* » (cadre n°1). « *Il faut travailler en amont sur les organisations, sur les moyens qu'on peut mettre à disposition pour éviter un maximum d'aléas, de conflits* » (cadre n°1). Les cadres de santé ont à disposition des outils ou des instances institutionnels qui formalisent les organisations et qui sont des espaces d'échange où différentes problématiques peuvent être abordées. « *Il y a peut être des choses à revoir dans le conseil de bloc ou dans la charte de bloc si c'est lié à l'organisation. Ce sont des choses qui nous sont demandées aux conseils de bloc, de tracer tous les événements indésirables. C'est l'occasion de traiter différents problèmes d'organisation et de valider différentes évolutions* » (cadre n°1). « *Il faut que l'organisation soit vraiment bien pensée en amont* » (cadre n°4).

Mais il semble difficile pour les cadres de concilier les impératifs des différents acteurs du bloc. Ils évoquent à nouveau cette position d'interface malaisée. « *Et le cadre est au milieu de tout ça* » (cadre n°3). « *Mais on constate souvent que c'est au cadre de tout régler. Ils attendent de nous des miracles parfois* » (cadre n°2).

➤ L'impact des conflits sur l'ambiance du bloc opératoire :

Dans l'ensemble, les cadres trouvent l'ambiance du bloc opératoire plutôt bonne. Mais ils ont conscience que ces conflits peuvent avoir des conséquences sur l'ambiance générale. Or celle-ci est importante pour le bon fonctionnement de l'unité. « *Pour toute organisation ça laisse forcément des traces. Quand vous avez une mauvaise ambiance vous avez du mal à fidéliser les équipes. Si on n'est pas bien où l'on travaille on ne reste pas* », « *C'est vrai qu'à force ça mais une mauvaise ambiance et ça contamine toute l'équipe* » (cadre n°1). « *S'il y a trop de conflits ça se ressent sur l'ambiance. Il faut créer des moments conviviaux pour favoriser la cohésion au sein de l'équipe* » (cadre n°3). La dynamique de groupe peut se

trouver fragilisée par de multiples heurts récurrents. Une bonne dynamique se construit dans le temps et nécessite une attention particulière du cadre. *« Il faut faire attention en tant que cadre à ce que ces conflits ne soient pas trop récurrents, les régler au fur et à mesure pour qu'ils n'aient pas d'influence sur la dynamique du groupe »* (cadre n°4).

4.3.5 4^{ème} thématique : Le management

Cette dernière thématique fut abordée uniquement avec les cadres de bloc opératoire. Leur positionnement ainsi que leurs pratiques managériales sont interrogés au regard des différentes problématiques exposées au cours de l'entretien. Dans un premier je me suis intéressée aux méthodologies utilisées par les cadres pour gérer l'organisation du bloc en tenant compte des difficultés liées au facteur humain. Puis la gestion des conflits était abordée, bien que les cadres se soient déjà exprimés sur cette problématique lors du thème précédent. Était abordée ensuite la gestion des risques psychosociaux.

➤ Les difficultés liées au facteur humain :

Ces difficultés peuvent prendre différentes formes au bloc opératoire. Les conditions spécifiques d'exercice imposent aux différents acteurs de travailler ensemble dans un espace réduit sur des périodes de temps assez longues, parfois des journées entières. Les différents professionnels ont donc tendance à vouloir choisir les personnes avec qui ils vont travailler. Ceci crée bien souvent des tensions, les mêmes personnes souhaitant travailler toujours ensemble, et tous les professionnels souhaitant fuir les personnalités difficiles. Cela demande aux cadres une gestion attentive, délicate et adaptée à l'équipe. Ils mettent tous en avant l'équité comme valeur indispensable à tout bon fonctionnement. *« Ne pas mettre les gens qui ne s'entendent pas dans la même salle on en a pas les moyens, par contre quand il y a vraiment un problème il faut laisser un peu tempérer les choses pour éviter par exemple le chirurgien qui va dire « j'en veux pas dans la salle » », « On repart sur notre équité. Il faut de l'équité dans le rythme, dans le type d'intervention, dans le choix des gens avec qui ils travaillent quand il y a vraiment eu un gros conflit »* (cadre n°1), *« Comme l'équipe est soudée ici je les laisse se débrouiller seuls dans un premier temps. Je n'interviens que si l'équité n'est pas respectée. Il faut prendre en compte le type d'équipe à qui on a à faire »* (cadre n°3), *« Il faut arriver à trouver un équilibre tout en respectant l'équité. On ne peut pas faire travailler tout le temps les mêmes personnes ensembles. L'organisation du programme opératoire est très importante. Ça permet de contrôler l'ambiance »* (cadre n°4). Cette ambiance qui conditionne la qualité de la production des soins est donc très importante. Le cadre se doit donc d'y veiller et de bien connaître son équipe. *« Parfois certaines personnes*

peuvent vous mettre le bazar sur l'ensemble. Il suffit d'une. Ce qu'il faut c'est bien connaître son équipe, vous avez toujours des gens qui sont un peu plus moteurs, vous avez le gros de la troupe qui va suivre et puis des fois à l'extrême vous avez celui qui met un peu la pagaille » (cadre n°1). S'appuyer sur les éléments moteurs d'une équipe est pour le cadre un atout de réussite dans sa gestion des relations humaines au sein du bloc. « *Le rôle du cadre c'est de repérer les gens qui sont moteurs et qui peuvent amener l'ensemble de l'équipe à adhérer à des choses plus positives, pour avancer »* (cadre n°1).

➤ La gestion des conflits :

Afin de gérer au mieux les conflits, le cadre se doit d'en identifier les facteurs déclenchant. Bien que ceux-ci soient assez similaires à ceux favorables au stress ils prennent ici une plus grande ampleur. Un des premiers facteurs identifié par les cadres comme source de conflits est le manque de compétences. Le bloc opératoire est un lieu où toutes sortes de techniques très pointues sont utilisées et où l'approximation ne peut être tolérée. La compétence des différents professionnels prend un caractère essentiel. A défaut, le manque de compétences est donc source majeure de conflits. « *C'est plus lié à la compétence. Quand on est en train d'opérer un chirurgien lui ce qu'il demande c'est d'avoir quelqu'un de compétent derrière après le reste il passe au dessus. Souvent c'est lié à des compétences ou du moins des connaissances sur un nouveau matériel, la personne ne fait pas souvent donc elle maîtrise moins »* (cadre n°1), « *Les compétences sont très importantes au bloc opératoire, on n'a pas le droit à l'erreur* (cadre n°4). C'est pourquoi les cadres sont conscients de l'importance des formations continues pour tous les acteurs du bloc opératoire. Les compétences de chacun doivent être régulièrement évaluées et mises à jour. « *S'il y a un conflit entre IBODE et chirurgien par exemple on va mettre un peu à distance le temps de faire retomber la pression et puis on va essayer de savoir pourquoi, il y a peut être un problème de formation, des choses à mettre en place pour pouvoir régler ça. Souvent c'est lié à des compétences ou du moins des connaissances sur un nouveau matériel, la personne ne fait pas souvent donc elle maîtrise moins»* (cadre n°1), « *Donc derrière il faut réajuster, il faut remotiver il faut revoir la façon de travailler, il faut remettre des documents à disposition, il faut établir les compétences de chacun »* (cadre n°2), « *Maintenant c'est toujours par rapport au positionnement si chacun a ses connaissances et la compétence qu'il faut et prend la place qu'il faut sur l'équipe il n'y a pas de raisons que ça ne fonctionne pas. En général quand il y a un problème c'est parce que les gens ne se sont pas parlés ou parce que il y a un problème de manque de connaissances en amont »* (cadre n°1). Le positionnement des professionnels

est également important. Chaque geste, chaque parole exprimée au mauvais moment ou de façon inadaptée peut engendrer des conflits parfois importants. Il est donc important de veiller à la formation initiale de personnels exerçant dans cette unité spécifique. *« Il y en a certaines c'est leur attitude qui agace, elles sont insistantes à des moments ou il ne faut pas ou sur des choses accessoires. Il y a une façon d'être aussi, expliquer ça n'est pas forcément facile »* (cadre n°1). La spécificité du lieu même, le bloc opératoire est synonyme de particularités conflictuelles. *« La difficulté du bloc c'est que vous êtes dans la salle et vous n'avez pas d'échappatoire, il faut rester jusqu'au bout ! Les situations sont amplifiées parce que il y a une incidence immédiate sur la prise en charge du patient »* (cadre n°1), *« La salle d'opération c'est vraiment spécifique et le moindre mouvement de personnel agace »* (cadre n°3), *« Ce qui fait la différence avec le service c'est que c'est concentré en nombre de personnes, en activité »* (cadre n°1).

Hormis ces difficultés liées aux compétences et au positionnement des professionnels, à la spécificité des locaux, la troisième cause importante génératrice de conflits, selon les cadres de bloc, est le manque de communication. Il est nécessaire pour eux d'être à l'écoute des personnels et de favoriser la communication. *« Il faut toujours avoir un retour des personnes, il faut écouter ce qu'ils ont à dire, leur dire qu'on les tient au courant, ça permet de prendre un peu de recul et après il faut faire le retour d'infos. Il faut comprendre le pourquoi. Il faut être proche des gens, savoir comment ils travaillent et savoir aussi leur dire quand ça ne va pas »* (cadre n°1), *« Il faut beaucoup parler pour détendre. L'écoute c'est extrêmement important. Il faut passer dans les salles pour écouter. C'est mon rôle. Ils peuvent ainsi sortir ce qu'ils ont sur le cœur. Ça fait retomber la pression. C'est un échange, un exutoire pour les IBODE »* (cadre n°2). Ce seul rôle d'écoute est pour l'ensemble des cadres essentiel à la gestion des conflits soit en amont de ceux-ci soit lorsqu'ils se sont déroulés. *« Prendre en compte leurs récriminations, même si on ne peut pas tout résoudre. Parfois le seul fait d'avoir été entendu suffit »* (cadre n°4). Le cadre n°2 mentionne l'entretien annuel avec les agents comme un excellent moyen de communiquer et d'échanger avec les membres de l'équipe. *« Les entretiens annuels y font pour beaucoup. Pour moi ça a changé du tout au tout. Le fait de les avoir écouté leur donne le sentiment d'être pris en compte »*. Une bonne communication est également à l'origine d'une bonne cohésion et favorise l'esprit d'équipe. *« Si la dynamique de l'équipe est bonne habituellement, en cas de conflit il se règle plus facilement »* (cadre n°4).

Les conflits liés à l'organisation sont quant à eux plus difficiles à gérer car ils réinterrogent les habitudes établies et concerne différents interlocuteurs. *« Tout ce qui est*

« organisation » si vous ne l'avez pas structuré en amont ça va créer des conflits parce qu'il y aura des problèmes relationnels parce que c'est mal organisé ou parce qu'on n'est pas optimum dans notre façon de travailler. Ce ne sont pas les mêmes conflits, il y a les ponctuels et ceux de fond liés à un problème d'organisation » (cadre n°1), « Il faut avoir une organisation anticipée. Tout doit être validé par les chirurgiens les anesthésistes, c'est très difficile. Il faut se mettre d'accord et le valider en conseil de bloc avec les chefs de service pour opposer les décisions » (cadre n°1). Les relations de pouvoir entre les différentes catégories des professionnels du bloc opératoire sont ici très présentes. « Le problème ici c'est le pouvoir médical. C'est ce qui met une mauvaise ambiance. La régulation du programme est un vrai problème. Ça représente beaucoup de négociations. Mais ici c'est irréalisable. Le pouvoir médical ne passe pas par le paramédical. Même le cadre n'a aucune légitimité par rapport au pouvoir médical » (cadre n°3).

Cette thématique a été l'occasion pour les cadres interrogés de s'exprimer sur leur conception des différents rôles de l'encadrement du bloc opératoire, en particulier dans un contexte conflictuel. « La difficulté du cadre c'est qu'il y a des équipes sur 24h, mais que vous vous n'êtes pas là 24H. Ils ne savent pas le travail que l'on fait. Il faut trouver sa place, se faire respecter. Vous devez marquer les limites. Ils testent, donc il faut marquer vos limites, les marquer et les faire respecter. On coordonne, on a une vue plus en retrait qui permet d'avoir un œil plus critique, qui nous permet de comprendre comment ça fonctionne ou comment ça dysfonctionne » (cadre n°1), « Il faut aussi en référer au cadre supérieur. Elle les accueille tous personnellement, ça crée des liens à l'arrivée qui peuvent servir en cas de conflits » (cadre n°3).

➤ La gestion des risques psychosociaux : une nécessité au bloc opératoire ?

Les cadres interrogés n'identifient pas les problématiques de stress ou de conflits à répétitions au sein des blocs opératoires comme des risques psychosociaux. Ces difficultés sont décrites comme partie intégrante du fonctionnement de ces unités, comme inévitables. Les professionnels se doivent donc de les intégrer à leurs habitudes de travail. « Les risques psychosociaux ça peut arriver. On ne sait jamais. Il faudrait des formations ciblées. Les IBODE sont au courant de l'ambiance des blocs. Si elles restent c'est qu'elles savent à quoi s'attendre. C'est particulier le bloc, ça convient ou non » (cadre n°2), « vu le changement de société oui ça doit être nécessaire. On assiste tout le monde tout le temps » (cadre n°3), « Je ne pense pas qu'une gestion spécifique soit nécessaire. Il faut déjà communiquer régulièrement. Les personnels ne reconnaissent pas toujours leurs sentiments. Je ne suis pas

sure qu'ils soient demandeurs. Ils sont plus demandeurs d'un accompagnement au quotidien » (cadre n°4).

4.3.6 Synthèse des données

Afin d'avoir une vision plus synthétique du constat effectué, grâce à l'enquête de terrain, il est nécessaire d'en faire une synthèse. Il sera ainsi possible de comparer les résultats obtenus des deux catégories de professionnels interrogées et de construire des éléments de réflexion pour l'analyse. Les éléments du constat du cadre théorique trouvent une réelle traduction sur le terrain, avec quelques spécificités liées aux différents sites.

Dans un premier temps, la qualité des relations humaines au bloc opératoire est présentée comme essentielle à son bon fonctionnement par les IBO. En effet, ils rencontrent au quotidien des difficultés liées à une charge de travail lourde et à des conditions d'exercice difficiles dans un environnement de plus en plus contraint économiquement. Ceci nécessite une bonne cohésion et une communication efficace. Or les IBO éprouvent certaines difficultés dans leurs échanges professionnels au quotidien. Ils ont une position centrale, dans la dynamique particulière de la salle d'opération, ce qui leur impose de devoir composer avec les impératifs et désidératas de toutes les autres catégories professionnelles, ce qui complexifie, de fait, les relations interprofessionnelles. Ces relations humaines sont donc vécues de façon intense par les IBO. Conscients de l'importance de leurs conséquences sur l'organisation et sur la qualité du travail en équipe, une meilleure communication est donc souhaitée.

Les cadres de santé ont également un positionnement central au sein du bloc opératoire, se trouvant à l'interface des différentes logiques des catégories de professionnels et de l'institution. Ils rencontrent des problématiques majeures de gestion du temps et de matériel, dépendantes d'interférences extérieures complexes. Cela requiert d'importantes capacités d'adaptation et de réajustement organisationnel le plus souvent dans le contexte de l'urgence. C'est pourquoi les cadres évaluent également les relations humaines au bloc comme intenses. La spécificité du travail en bloc et l'importance des identités professionnelles sont deux causes pouvant expliquer ces difficultés relationnelles, selon les cadres. Quand ces difficultés deviennent très conflictuelles, elles peuvent avoir un impact sur l'organisation.

Le stress est perçu par tous les IBO interrogés comme ponctuel et fluctuant. Il est bien présent dans tous les blocs opératoires mais dépendant de différents facteurs. La difficulté de la chirurgie et les relations entre les différents professionnels, sont le plus souvent mises en

avant comme situations potentiellement stressantes. La confiance dans les compétences des autres membres de l'équipe est donc essentielle et conditionne l'entente au sein du groupe. C'est pourquoi les IBO identifient le fait d'avoir un niveau de compétence élevé comme participant à la gestion de leur propre stress. Cette gestion est donc très individuelle et ne semble pas être organisée institutionnellement. Les IBO souhaitent plus d'échanges et de possibilité d'expression sur cette thématique, et souhaitent une reconnaissance de ces difficultés par l'encadrement. Un accompagnement est donc vivement souhaité.

Pour les cadres les stress au sein du bloc atteint un niveau élevé et permanent. Ils le ressentent de façon encore plus élevée que les IBO. Les causes identifiées sont identiques à celles avancées par les IBO comme le contexte de la chirurgie et les relations humaines. Ils y ajoutent une notion supplémentaire celle de la gestion des ressources humaines. Leur propre fonction de marginal sécant en tant que manager, nécessitant de faire un lien entre tous les professionnels et de répondre aux différents besoins des équipes est déclencheur de stress. Tous ces impératifs devant être effectués dans un contexte de temps contraint. La gestion de cette problématique passe pour les cadres par une bonne connaissance des membres de l'équipe et de son fonctionnement. Selon les personnes interrogées, le rôle du cadre est de modérer et d'apporter un soutien aux équipes. De même que pour les IBO, une bonne communication semble être une des meilleures méthodes d'anticipation de la survenue du stress. On constate également que les cadres s'expriment peu sur leur propre stress et qu'ils ne manifestent pas le souhait d'être accompagné mais qu'il est très présent dans leur exercice quotidien.

Les conflits au bloc opératoire, évalués comme réguliers par les IBO, sont très souvent provoqués par une inadéquation entre les impératifs des différentes catégories de professionnels. La notion de groupe disparaît donc au profit d'intérêts personnels le plus souvent par manque de communication. Le contexte spécifique du bloc, qualifié de « fermé », est potentialisateur des difficultés inhérentes aux rapports humains. Les impératifs de rentabilité actuels contribuent également à une impression de charge de travail supplémentaire et synonyme de non qualité. Ces conflits sont vécus comme une fatalité par les IBO, ayant des conséquences délétères sur l'ambiance du bloc opératoire. Leur souhait afin de les gérer au mieux passe à nouveau par le développement de la communication.

Les cadres de santé vivent également les conflits comme une fatalité, une évidence dans cette structure. Les fortes personnalités et le contexte spécifique des locaux sont, comme pour les IBO, identifiés comme facteurs déclenchant des conflits. De fortes relations de pouvoir mettent également en péril la cohésion au sein de l'équipe générant ainsi des rivalités.

Les cadres de santé y associent également des facteurs organisationnels tels que la programmation opératoire ou la gestion anticipée du matériel. L'intervention de l'institution, par le biais de commissions telle que le conseil de bloc, est souhaitée par les cadres afin de régler certaines difficultés en amont. De plus, résoudre ces conflits, fait du point de vue des cadres, partie intégrante de leur rôle. Ils ont bien identifié le besoin de communication et d'expression des personnels et l'intègrent dans leur gestion d'équipe.

Le management du cadre de santé en bloc opératoire est spécifique et doit s'adapter aux particularités des lieux et de la dynamique du groupe. Dans la gestion de l'équipe, les cadres mettent en exergue une valeur indispensable et prédominante : l'équité. Pour ce faire, ils se doivent de bien connaître la valeur professionnelle de tous les acteurs la composant. Cette impartialité favorise la cohésion au sein de l'équipe et participe à une gestion préventive des conflits. Favoriser le développement des compétences par une individualisation du suivi des agents et des propositions de formations ciblées est indiqué par les cadres, comme une étape à ne pas négliger. Elle permettra aux professionnels de constater que leurs préoccupations sont prises en compte et que des solutions sont proposées.

Une gestion préventive des risques psychosociaux, par le biais de formations spécifiques, n'est pas une notion que les cadres de santé envisagent dans leur management d'équipe. Sont privilégiées la communication et l'accompagnement au quotidien.

4.4 Analyse

Avant de débiter cette analyse, il est nécessaire de rappeler l'objet de recherche au travers de la question de départ :

Quel est l'impact des relations humaines dans le fonctionnement du bloc opératoire ?

Plusieurs pistes de réflexion émanent des investigations réalisées sur le terrain. Ces éléments doivent être rapprochés des concepts théoriques abordés dans les cadres contextuels et conceptuels ainsi que de mon expérience personnelle. Ceci afin de pouvoir les confronter aux différentes hypothèses établies. Ces hypothèses sont :

Première hypothèse : Les identités professionnelles fortes sont sources de clivage et d'incompréhension entre les différentes catégories professionnelles du bloc opératoire.

Deuxième hypothèse : L'évolution des contraintes, qui pèsent sur l'organisation des blocs opératoires, est potentialisatrice des conflits dans les relations interpersonnelles et interprofessionnelles au sein de l'équipe du bloc opératoire.

Afin de garder une unité tout au long de ce travail, je reprendrai dans cette analyse les différentes thématiques abordées lors des entretiens, en reliant les éléments à la question de départ et aux différentes hypothèses.

4.4.1 1^{ère} thématique : La qualité des relations humaines au bloc opératoire

Les relations humaines au bloc sont présentées par les deux catégories d'acteurs interrogées comme intenses. Cet adjectif exprime à la fois des relations qui peuvent être parfois difficiles mais qui créent également des liens affectifs importants entre les professionnels. Dans l'approche psychosociale de G-N. Fischer, les relations sociales sont caractérisées par différentes dimensions, qui prennent au bloc opératoire toute leur valeur. Dans l'affiliation, forme de relation sociale les individus expriment le besoin fondamental de pouvoir compter les uns sur les autres. Cette notion est très présente au bloc opératoire. On a pu le constater dans les réponses des IBO, qui accordent une importance majeure à leurs compétences ainsi qu'à celles leurs collègues. Par ce niveau de compétence élevé, ils souhaitent pouvoir répondre aux difficultés de la chirurgie, mais également être reconnus au sein du groupe de professionnels. Ils veulent également pouvoir faire confiance aux autres IBO et ainsi se sentir soutenu dans les difficultés rencontrées au quotidien. La confiance entre le chirurgien et l'IBODE, fondée sur le niveau de compétence, est également à la base de leur relation. C'est pourquoi l'accès à l'information quand il est manquant ou déficient est vécu comme une difficulté par les nouveaux arrivants, cela majorant leur difficulté à intégrer le groupe. De plus, le positionnement professionnel, tant des IBO que des cadres, inhérent à leurs fonctions, est également un des critères élevant le niveau des difficultés relationnelles ressenties. Ces deux catégories de professionnels ont une position centrale au niveau de l'équipe, que ce soit en salle d'opération ou dans la gestion plus globale du bloc opératoire. Ils ressentent de ce fait, la même pression des autres catégories de professionnels car ils sont à l'interface de tous leurs impératifs et récriminations. Le contexte actuel, d'efficacité impérative et de démarche qualité dans un contexte économique contraint est également source de pressions et décrit comme tel par les IBO et les cadres. Ce qui confirme la deuxième hypothèse avancée au début de ce travail.

Mais dans une vision plus globale des relations humaines au sein du bloc les professionnels interrogés ne les qualifient pas de mauvaises. On constate au travers des différents avis que bien que des difficultés relationnelles soient présentes, elles ne sont pas qualifiées de délétères sur l'ambiance générale. L'esprit communautaire du bloc opératoire

ressort également de certains témoignages. Ceci peut être mis en lien avec la définition d'une communauté endogène de bloc opératoire d'Ivan SAINSAULIEU. Le niveau de convivialité est ainsi présenté par les IBO comme un indicateur de la qualité de l'ambiance générale et des relations humaines au sein du bloc opératoire.

Les représentations sociales, concept de la psychologie sociale, se construisent sur la base de valeurs et de croyances communes et participent à l'unité et la cohésion du groupe. Cela nécessite qu'elles soient partagées et transmises. J'ai pu constater auprès des IBO que cela n'est pas toujours le cas et qu'ils souhaitent des échanges plus approfondis et constructifs aboutissant à la création d'une culture commune et d'objectifs communs. Ils déplorent également le manque de communication, qui participe à la détérioration de la qualité des relations humaines. Cependant, il semble que pour les cadres de santé, un seuil de tolérance quand à ces difficultés relationnelles soit acceptable, car liées au contexte et à la spécificité du bloc opératoire et donc en lien avec une communauté.

L'impact de la qualité des relations entre les différents membres de l'équipe du bloc est qualifié de majeur, par les IBO et les cadres interrogés. Cela corrobore mes constatations initiales. Une ambiance sereine et positive est décrite comme favorisant la cohésion de l'équipe et la communication. On retrouve ainsi un des principes de la sociologie de Moreno qui décrit la chaîne de sympathies comme étant un réseau de communication où celle-ci circule rapidement et discrètement.

Toutefois on peut noter que, pour les cadres de santé, l'impact de ces relations sur l'organisation du bloc n'est vrai qu'en cas de conflit important, générant des conséquences directes et immédiates. La qualité des relations humaines aurait donc plus de conséquences sur l'ambiance générale au sein de l'équipe que sur l'organisation matérielle.

4.4.2 2^{ème} thématique : Le stress

Au bloc opératoire les IBO sont constamment confrontés, physiquement et psychologiquement à des situations difficiles : les tensions sont préexistantes. Ces conditions de travail sont un facteur de stress indéniable : la prise en charge du patient, le matériel spécifique utilisé, la pénibilité et l'organisation du travail. L'acte opératoire, par l'extrême concentration de chacun des acteurs spécialisés induit également un stress important. Or on constate au cours de ces entretiens que le stress au bloc opératoire est qualifié de très important mais vécu de façon ponctuelle et fluctuante. Mais paradoxalement, tant les IBO que les cadres ne se considèrent pas comme stressés personnellement. Cela signifierait que les situations vécues professionnellement n'impactent pas personnellement les différents acteurs.

Or on constate, de façon parfois indirecte, que ce stress est présent quotidiennement que ce soit en regard de la chirurgie mais également dans les relations avec les collègues de travail ou bien la hiérarchie, et pour les cadres de santé dans la gestion du temps particulièrement difficile. Donc, sans en prendre pleinement conscience, les professionnels n'expriment que peu de ressentis sur un stress très présent qui est pourtant à l'origine de dégradations relationnelles au sein de l'équipe et non sans conséquences sur l'être humain. Le ressenti est donc très aléatoire et le stress professionnel vécu comme étant sans conséquences sur la vie privée.

En revanche, en cas de situation stressante on peut noter que l'esprit d'équipe est mis en avant par les IBO, car le groupe est identifié comme une ressource aidante. Ce groupe est défini en incluant toutes sortes de professions exerçant au bloc opératoire. Dans la description des caractéristiques du groupe restreint de D. ANZIEU et J-Y MARTIN, une forte interdépendance des membres du groupe est identifiée, ainsi qu'un sentiment de solidarité. C'est pourquoi afin de gérer ces situations stressantes, avoir la possibilité de s'exprimer est essentiel pour les IBO et les cadres de santé en sont conscients. Un des rôles du cadre de santé est ici clairement identifié. Etre à l'écoute et connaître son équipe sont des valeurs que les cadres souhaitent promouvoir et qu'ils identifient comme éléments indispensables à la gestion du stress des membres de l'équipe. De plus, la gestion des compétences est de nouveau mise en avant par les IBO comme essentielle à une gestion en amont de ce stress. Cela passe par des formations ciblées et des réunions dont le cadre a la responsabilité de mise en œuvre. Un audit extérieur a également été mentionné comme réponse à la gestion du stress, afin de souligner les pratiques défaillantes, sources potentielles de situations difficiles et stressantes. Ce regard extérieur, voulu plus spécifiquement par les IBO, est l'expression d'un sentiment d'iniquité ou de non parité ressenti entre les membres du groupe. Une volonté d'arbitrage extérieure est ainsi parfois souhaitée. Il est donc essentiel pour le cadre de santé de respecter l'équité, que l'on retrouve dans les quatorze principes de management d'Henri FAYOL. J'ai pu constater que cette valeur est très présente chez les cadres de bloc qui l'identifient comme valeur essentielle à respecter.

Cette approche de la gestion du stress démontrent que le sentiment d'appartenance à un groupe où les codes de fonctionnement sont respectés, où la cohésion et l'entraide sont présents et où l'équité est mise en avant sont les clefs d'un fonctionnement et d'une dynamique de groupe optimale. Ces constatations empiriques m'ont ainsi conforté dans l'analyse préalable effectuée au regard de ma propre expérience et au cours de mon cheminement réflexif.

4.4.3 3^{ème} thématique : Le conflit

Mon constat personnel à l'initiative de ce travail était que le bloc opératoire, riche en émotions de toutes sortes, était souvent le théâtre de scènes de conflits plus ou moins intenses. Ces conflits avaient le plus souvent des conséquences délétères sur l'ambiance de travail mais également sur les professionnels y exerçant. Au cours du travail d'enquête de terrain j'ai pu effectuer différentes constatations qui m'ont permis de faire évoluer mon approche de cette problématique. De façon conjointe, les IBO et les cadres de santé soulignent la présence de conflits réguliers.

Dans un premier temps, les rapports humains ont été exposés par les IBO comme étant une des raisons principales des conflits et dans un deuxième temps ont été cités, une communication déficiente, le contexte économique contraint et la spécificité du contexte du bloc opératoire. Les cadres de bloc opératoire partagent cette vision en y ajoutant des problèmes organisationnels et matériels.

Les difficultés liées aux rapports humains tiennent essentiellement dans le fait que les identités professionnelles sont fortes et conduisent à des clivages entre les professions. Claude DUBAR définit cette identité professionnelle comme une marque d'appartenance à un collectif, qui permet à l'individu d'être reconnu par ses pairs. Cela induit le plus souvent un esprit de corporation dans lequel chacun acteur soutient les impératifs professionnels de sa corporation en reléguant au second plan ceux des autres professions. Ceci est très visible dans les différents témoignages des professionnels interrogés. Selon eux les conflits prennent essentiellement leur source dans le non respect des procédures établies, l'irrespect et les inégalités. Le clivage entre les anesthésistes et les chirurgiens a été exprimé par plusieurs cadres de bloc comme étant responsable de beaucoup de problèmes de désorganisation au quotidien. Un d'entre eux évoque même le pouvoir médical, comme un pouvoir contre lequel on ne pourrait rien. Comme on peut le retrouver dans la théorie de M. CROZIER et E. FRIEDBERG, les relations de pouvoir peuvent en effet être liées à l'expertise médicale ou chirurgicale mais également à la maîtrise de l'information nécessaire au bon déroulement de la chirurgie, qui est majoritairement détenue par les opérateurs eux-mêmes.

J'ai également pu constater à plusieurs reprises, et auprès des deux catégories de professionnels, que la personnalité même des individus était mise en cause dans l'émergence des conflits. Le fait de vouloir appartenir à une équipe implique de se conformer aux habitudes du groupe et de chercher à se faire accepter. Cette pression de conformité constitue parfois une distorsion plus ou moins importante avec sa propre personnalité. Certains

individus ressentent plutôt un besoin d'affirmation de leur identité et de leur statut ce qui peut parfois nuire à la cohésion. Trouver un équilibre entre la personnalité de chacun et la cohésion d'un groupe n'est pas chose aisée, c'est pourquoi le cadre de santé est identifié par les IBO comme étant un médiateur ou intermédiaire facilitant l'harmonie au sein de l'équipe.

La résolution de ces conflits passe par une bonne communication pour tous les professionnels interrogés. En effet, le stress engendré par l'acte chirurgical et l'enfermement durant de longues périodes de temps dans une salle d'opération demandent en termes de communication, une bonne dynamique. Or, on constate que cette communication est restreinte. La concentration des différents acteurs lors de la chirurgie ne laisse que peu de temps à l'instauration d'échanges. S'il y a communication elle est souvent liée aux difficultés opératoires rencontrées et à d'éventuels différents sur la conduite à tenir. De plus l'enchaînement du programme opératoire ne laisse que peu d'espaces disponibles à d'éventuels feed back sur les situations conflictuelles, élément essentiel de régulation de la communication selon le cybernéticien Norbert WIENER. Ce phénomène est bien identifié de la part des cadres interrogés, et ils sont conscients qu'il est nécessaire pour eux d'être à l'écoute des personnels et de favoriser la communication. Aucuns modes de communication ne doivent donc être négligés. Les échanges informels ont en effet une place importante dans la communication car ils favorisent la création de relations interpersonnelles importantes et d'un système de confiance participant à la diminution des tensions et des conflits.

4.4.4 4^{ème} thématique : Le management

Dans cette dernière partie, l'objectif fixé était de prendre avis auprès des cadres sur le management spécifique de l'équipe du bloc opératoire au regard des différentes thématiques abordées. Pour tous les cadres interrogés, et de façon indéniable, le facteur humain doit être pris en compte dans la gestion des ressources humaines du bloc opératoire. Pour un des cadres celle-ci représente 80% de son travail. Il peut en effet avoir un impact sur l'organisation. Comme j'ai pu l'observer au cours de mon expérience professionnelle, certaines personnes établissent des liens affectifs, en parallèle des liens professionnels au cours du temps créant ainsi des habitudes d'organisation difficiles à remettre en cause. C'est ainsi que dans certains blocs opératoires des opérateurs ont des préférences concernant les professionnels devant travailler avec eux, souvent basées sur des critères subjectifs, et souhaitent les voire respecter. Ces mécanismes peuvent vite engendrer des tensions et sont d'autant plus difficiles à déjouer s'ils sont mis en œuvre depuis longtemps. C'est pourquoi les cadres de santé mettent à

nouveau en avant l'équité comme valeur essentielle dans le management. Ils se veulent objectifs et neutres afin de faire preuve de cohérence permanente dans leurs actions.

Dans le cadre conceptuel, nous avons également pu voir qu'il existe différentes catégories de conflits et qu'il est important de déterminer cette catégorie afin de pouvoir proposer des propositions de gestion. Les conflits au bloc opératoire sont bien souvent des conflits déclarés, les personnes en désaccord le faisant ouvertement savoir, appelant régulièrement le cadre de santé en salle d'opération pour le régler. Ce recours hiérarchique n'est pas toujours souhaitable car très arbitraire et pouvant déboucher sur des non-dits et des conflits larvés. Les cadres de bloc interrogés privilégient leur rôle de médiateur pour faciliter la discussion entre les professionnels. Un bon médiateur se doit d'être empathique et à l'écoute et non inquisiteur ou enquêteur. L'approche de la gestion de ces conflits par la prévention est également une solution choisie par l'encadrement. Privilégier une bonne organisation et une bonne communication en amont, sont deux axes mis en avant par les cadres comme éléments de management efficaces.

Le manque de connaissances spécifiques ou de compétences, déjà mentionné par l'encadrement comme étant à l'origine des difficultés relationnelles interprofessionnelles, est à nouveau cité comme étant bien souvent la cause des conflits entre les IBO et les chirurgiens. Les cadres interrogés ont donc conscience de l'importance à accorder à la gestion des compétences soit en amont ou comme solution de résolution des conflits. Cette compétence des IBO s'acquiert le plus souvent de façon empirique dans un premier temps, puis au cours de la formation professionnelle diplômante. Elle se doit de plus d'être continuellement entretenue. C'est pourquoi l'accès à l'information et à la formation continue quand il est manquant ou déficient est vécu comme une difficulté par les IBO. Le rôle du cadre de santé est de favoriser le développement des compétences des différents acteurs en évaluant régulièrement les besoins en formation, en les organisant au sein des blocs opératoires et en étant force de propositions auprès des professionnels. On retrouve dans les différents entretiens cette demande de formation continue de la part des IBO mais également comme proposition des cadres de santé en réponse aux difficultés ponctuelles de connaissances.

J'ai pu constater au cours de ces entretiens que les cadres de santé n'identifient pas les conséquences du stress ou des conflits à répétition au bloc opératoire comme des risques psychosociaux. Pour certains d'entre eux ces notions sont inhérentes à l'exercice professionnel au bloc opératoire, et une gestion spécifique n'est donc pas nécessaire. Or la conception même des risques psychosociaux, selon le ministère du travail, de l'emploi et de la santé, inclue l'existence de facteurs individuels mais aussi organisationnels. Le stress et les

conflits à répétition sont également identifiés comme facteurs de risques psychosociaux. Il semble donc que le cadre de santé ait un véritable rôle à jouer dans l'identification et la prévention de ces risques au sein du bloc opératoire.

5 Limites du travail et pistes de réflexion

5.1 Limites du travail

Ce travail de recherche théorique et conceptuel ainsi que l'enquête de terrain ont été pour moi, un véritable enrichissement professionnel et personnel. Partie d'un constat centré sur mes propres représentations, fondé sur mon expérience professionnelle, j'ai pu faire évoluer ma réflexion et comprendre les attentes et objectifs des deux catégories d'acteurs du bloc opératoire sur lesquelles je me suis centrée.

Il aurait été cependant intéressant d'approfondir tous les aspects et toutes les interfaces en lien avec les problématiques abordées. Les conflits au bloc opératoire sont certes la résultante de difficultés relationnelles humaines et d'une organisation parfois difficile et complexe, mais ils peuvent être également dépendants d'autres facteurs. Ces autres causes de conflits ont été régulièrement évoquées lors des entretiens. En effet, des difficultés importantes ont été identifiées dans les relations entre le bloc opératoire et les services en lien. L'unité de la stérilisation a été citée, tant par les IBO que par les cadres, comme étant potentiellement génératrice de dysfonctionnements majeurs pouvant impacter directement le fonctionnement du bloc opératoire et son organisation. De même, les divers fonctionnements des services des urgences, du département d'Anesthésie Réanimation en charge de l'acceptation des polytraumatisés ou des services de chirurgie peuvent désorganiser totalement l'activité au quotidien du bloc et engendrer stress et conflits. La prise en charge du patient s'en trouve impactée et des situations de non qualité sont ainsi régulièrement observées. Ces problématiques entre le bloc et ces différentes unités reposent le plus souvent sur un manque de communication et des organisations parfois non optimales.

Observer et comprendre ce qui est réellement à l'origine de ces problématiques, afin de pouvoir les analyser pourrait faire l'objet d'un travail de recherche à part entière. Ceci n'était pas réalisable dans ce travail.

De plus, je n'ai pas eu l'occasion au travers de mon travail, de suffisamment développer la problématique de la prévention des risques psychosociaux. J'ai été interpellée par le fait que peu de cadres fassent le lien entre stress, conflits et risques psychosociaux. Les méthodes de management spécifiquement orientées sur le développement de la

communication interpersonnelle, la gestion des compétences ou l'organisation sont de très bonnes méthodes de régulation des conflits ou des situations stressantes. Mais la gestion en elle-même des conséquences parfois physiques ou psychologiques sur les professionnels du bloc opératoire n'est pas abordée. La problématique de la santé au travail des agents n'a pas été rapprochée des thématiques traitées dans cette étude. Elle pourrait et devrait donc également faire l'objet d'un travail de recherche individuel approfondi.

5.2 Pistes de réflexion

Au vu de l'enquête, il apparaît que le bloc opératoire ressort comme un lieu de haute technicité et de spécialisation mais qu'il n'en demeure pas moins un lieu où les relations humaines prennent une place majeure au sein de son fonctionnement. Se côtoient des individus aux personnalités différentes avec des logiques, des intérêts et des points de vue propres qui parfois entrent en tension. Chaque professionnel détient une compétence propre permettant la prise en charge du patient. Il convient donc que tous les acteurs y participant trouvent une unité.

Nous avons pu constater au cours des entretiens que les cadres de santé et les IBO accordent une importance majeure à la communication au sein de l'équipe afin de favoriser la cohésion, d'anticiper les moments de stress et de régler les conflits. Il semble donc nécessaire que cette communication soit facilitée et organisée. C'est un des rôles que doit remplir le cadre de santé. Il peut le réaliser par le biais de réunions formelles permettant les échanges et l'expression des ressentis sur des thématiques précises, telles que la gestion du stress. Pouvoir exprimer les vécus et ressentis concernant des situations difficiles voire de conflits, permet ainsi aux équipes d'échanger et de trouver des réponses adaptées. Le cadre de santé peut également proposer des entretiens individuels afin de favoriser l'expression des professionnels ayant plus de difficulté à s'exprimer au sein du groupe. Il se doit donc de faciliter le dialogue et l'écoute mutuelle.

De plus, afin de favoriser la communication entre les acteurs des différentes professions, le cadre de santé peut être force de proposition quant à l'organisation de rencontres interprofessionnelles. Celles-ci peuvent avoir pour objectif la formation continue des IBO, par le biais de cours réalisés par les chirurgiens du service afin d'explicitier les différentes techniques opératoires ou les différentes modalités de prise en charge des patients. Cela permettra de créer un lien de confiance entre ces deux catégories d'acteurs, et permettra également de maintenir et de renforcer les compétences des IBO.

Le cadre de santé de bloc opératoire peut également explorer d'autres pistes. Il peut, par exemple, proposer aux professionnels des formations sur la gestion du stress ou sur l'amélioration des relations humaines au bloc opératoire. Ces formations permettront une approche théorique et pratique, d'établir un bilan personnel et de fixer des objectifs pour l'individu afin d'améliorer son rapport au stress. Des rappels sur les notions de communication verbale pourront y être fait et des outils pourront être proposés pour gérer au mieux les difficultés relationnelles.

Favoriser la cohésion au sein de l'équipe peut prendre bien des aspects. Mais la convivialité reste une des méthodes que plébiscite le plus les équipes des blocs opératoires. Le cadre de santé peut donc être à l'initiative de repas organisés au sein du bloc opératoire ou pour plus de neutralité à l'extérieur de ces locaux emblématiques. Apprendre à se connaître de façon différente ou hors contexte professionnel peut permettre aux professionnels de découvrir d'autres qualités chez leurs collègues et favoriser l'entente et le respect mutuel.

Au regard de ce travail, j'ai également pu constater l'importance des qualités relationnelles du cadre de santé exerçant en bloc opératoire. Etre dans une écoute bienveillante, ne pas juger, ni prendre position mais gérer des conflits parfois importants et savoir se positionner nécessite de développer son assertivité. C'est pourquoi le cadre de santé peut également avoir recours à différentes formations afin de développer ses propres qualités relationnelles et compétences managériales.

Toutes ces pistes d'actions ne sont que des pistes de réflexion pour les cadres de santé exerçant en bloc opératoire et rencontrant des difficultés similaires à celles décrites tout au long de se travail. Elles n'éviteront évidemment pas tous les conflits, ce qui ne serait pas un objectif réaliste, mais permettront peut être d'en prévenir un certain nombre. La réflexion reste donc à poursuivre afin d'évoluer et de s'adapter aux différentes contraintes institutionnelles et économiques en pleine évolution.

Conclusion

Au cours de cette année de formation et de l'élaboration de ce travail, un des objectifs à atteindre est de se distancier de son expérience professionnelle, afin d'acquérir de nouveaux savoirs et de se positionner en tant que cadre de santé. Cela signifie de partir de ses propres représentations pour les faire évoluer et les confronter à la réalité du terrain et à la théorie. Au cours de mon expérience professionnelle, en tant qu'IBODE puis en tant que Faisant Fonction de Cadre de Santé, j'ai été confronté au caractère particulier et spécifique de l'activité en bloc opératoire. Cet univers fermé est régi par des codes et rites bien spécifiques, où l'importance du facteur humain est indéniable. Il m'a donc paru nécessaire, en tant que futur cadre de santé, de comprendre et envisager l'impact de ces relations humaines au sein du bloc opératoire afin d'accompagner au mieux les équipes pluri professionnelles au quotidien.

Haut lieu de technicité et plateforme à haut risque, le bloc opératoire est un lieu d'interfaces complexes dont la performance et la sécurité dépendent de l'articulation des différents acteurs entre eux et du respect des bonnes pratiques. Or, force est de constater qu'il est aussi un lieu de stress, de tensions et de conflits. Ainsi, l'approche psychosociale permet d'appréhender les liens entre le contexte spécifique du bloc opératoire et les réactions individuelles ou collectives au sein du groupe restreint formé par les professionnels y exerçant. Les relations sociales qui s'y développent, interprofessionnelles voire interpersonnelles, sont de par nature intrinsèquement liées à la personnalité des individus et au rôle que chacun exerce au sein de ce groupe. C'est pourquoi il est nécessaire de s'intéresser à la dynamique existant au sein de cette communauté endogène, composée d'acteurs aux identités professionnelles fortes. En effet, les impératifs liés aux différentes pratiques professionnelles ne convergent pas toujours et les relations de pouvoir en lien avec les expertises professionnelles y sont particulièrement présentes. Cette pluralité des approches soignantes nécessite donc une communication active ainsi que la cohésion de l'équipe autour d'une démarche commune. Le cadre de santé trouvera ici une place déterminante.

Au regard de cette conceptualisation théorique une enquête de terrain a été réalisée auprès des Infirmières et des cadres de santé de Bloc Opératoire afin d'obtenir leurs ressentis et d'identifier les besoins et les attentes managériales. Un esprit de corps, un haut niveau de compétences et l'implication de ces soignants dans une prise en charge collective du patient sont autant d'atouts sur lesquels le cadre de santé pourra s'appuyer afin de fédérer l'équipe et

favoriser la communication. Celle-ci est à la fois source d'information et de relation, et est donc essentielle. Les défis que le cadre de santé devra relever sont en lien avec une nécessaire prise en compte du facteur stress inhérent à ce lieu d'exercice, ainsi qu'avec la problématique des conflits récurrents. Une organisation sans failles semble ainsi être pour les cadres de santé un des éléments pouvant concourir à l'amélioration de la qualité des relations humaines au bloc opératoire.

La gouvernance des blocs opératoires est actuellement en pleine réingénierie dans l'objectif de fixer des orientations stratégiques, d'atteindre des objectifs fixés, de gérer correctement les risques et d'utiliser au mieux les ressources et les moyens. Les bénéfices d'une telle gouvernance seraient également à envisager au niveau des relations humaines du bloc opératoire. En effet, le cadre de santé est au cœur de cette nouvelle gouvernance. En facilitant une organisation optimale et en mettant en lien tous les acteurs du bloc opératoire, mais également les unités extérieures ayant une incidence sur le fonctionnement, les dysfonctionnements générateurs de tensions pourraient être diminués et ainsi concourir à une harmonie professionnelle au bloc opératoire.

Bibliographie

Ouvrages :

- ❖ ANZIEU D. et MARTIN J-Y (2004), *La dynamique des groupes restreints*, Paris : Presses Universitaires de France, p.25
- ❖ DUBAR C. (1994), *Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel*, in : DE COSTER M., PICHAULT F., *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles : De Boeck, pp. 377-378
- ❖ DURKHEIM E. (1960), *De la division sociale du travail, étude sur l'organisation des sociétés supérieures*, Paris : F. Alcan, p.34
- ❖ DE GAULEJAC V. (2002), *L'identité*, in : *Vocabulaire de psychologie, Références et positions*, Ramonville : Eres, pp.174-180
- ❖ ESTRYN-BEHAR M. (2005), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Prévention des départs prématurés de la profession*, PRESS-NEXT, p.52
- ❖ FISHER G-N (2010), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, 4^{ème} édition, Ed. Dunod, 318p.
- ❖ HATCHUEL F. (2004), *Savoir, apprendre, transmettre*, La découverte, p.34
- ❖ JODELET D. (1991), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, p.51
- ❖ LAFAYE C. (1996), *Sociologie des organisations*, Sociologie 128, Paris : Nathan Université, p.72
- ❖ MARC E. (2005), *Psychologie de l'identité, Soi et le groupe*, Ed. Dunod, Paris, p.101
- ❖ MINTZBERG H. (1995), *Structure et Dynamique des organisations*, Chapitre 19
- ❖ MUCCHIELLI A. (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, pp.109-110
- ❖ MUCCHIELLI R. (1967), *La dynamique des groupes*, 13^{ème} édition, Paris : ESF éditeur, p.45
- ❖ POUCHELLE M-C., (2008), *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, 167p.
- ❖ SAINSAULIEU R. (1985), *L'identité au travail*, 2^{ème} édition, Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 480p.

Mémoires :

- ❖ LOUIS Julie (2008-2009), *Bloc opératoire et secteur de chirurgie : enjeux de communication*. Mémoire Cadre de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Psychothérapique de Nancy, 126 p.

- ❖ DJENADI Zohra (2005), *Le conseil de bloc opératoire : Un levier d'action au service des nouveaux enjeux de l'hôpital. La valeur ajoutée du directeur des soins*. Mémoire Directeur des Soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, 59 p.
- ❖ DELRIEU Anthony (2009-2010), *Les conflits au bloc opératoire, une approche anthropologique*. Mémoire Cadre de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Hôpital Xavier ARNOZAN, Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux, 58 p.
- ❖ FERRETTE Laurence (2008-2009), *Le cadre de santé : Le phare dans la tempête. La gestion des conflits au bloc opératoire*. Mémoire Cadre de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Psychothérapeutique de Nancy, 97 p.

Articles :

- ❖ ARBORIO A-M., Sous la direction de M. BOURRIER, *Nous on soigne rien sauf des machines. Le pouvoir insoupçonné des aides soignants en anesthésie*, Enquête sociologique, Revue Sociograph n°8/2009
- ❖ BANEEL C. (2003), *IBODE-Chirurgien, duo ou duel ?*, *Interbloc* Tome XII, n°2, juin 2003, p.102-104
- ❖ CEPISUL M. (2008), *Respect des compétences et communication au sein du bloc opératoire*, *Interbloc* Tome XXVII, n°3, septembre 2008, pp. 200-202
- ❖ GROLLAU E. (2008), *Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradations relationnelles*, *Interbloc* Tome XXVII, n°3, septembre 2008, pp.186-188
- ❖ LE VERGE N. (2008), *Les enjeux des rapports de séduction entre chirurgiens et infirmières au bloc opératoire*, *Interbloc* Tome XXVII, n°3, septembre 2008, pp.195-198
- ❖ MOSCOVICI S. (1998), Revue Sciences humaines hors série n°21, *Comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalité*, pp.11-13
- ❖ PENEFF J., *Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert*, Sociologie du travail, n°3/97, p. 270
- ❖ POUCHELLE M-C., *L'IBODE comme partenaire de soins*, Inter bloc 2008, n°27, pp.181-202
- ❖ SAINSAULIEU I., *Les communautés à l'hôpital*, Revue Esprit Critique, Automne 2007, Vol.10., n°1
- ❖ SAVOLDELLI L., (2008), *Résolution de conflits au bloc opératoire*, MAPAR 2008, Maîtrise du risque en anesthésie-réanimation, pp493-500

Rapports :

- ❖ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées (2008), *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*.
- ❖ DRESS (2005), *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail*, n°373, février 2005
- ❖ Ministère de la santé et des sports (2009), Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, fiche métier : *Cadre responsable d'unité de soins*,
- ❖ MeaH, Ministère de la santé et des solidarités (2006), *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques, Recueil de bonnes pratiques organisationnelles observés*, p. 65
- ❖ Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (2011), *Manuel de certification des établissements de santé, V2010*, avril 2011, chapitre2, p.73
- ❖ APHP (2011), *16 thèmes prioritaires pour 2011, Présentation*. Thème 6.
- ❖ APHP (2011), Dossier de presse, *Fenêtre sur les blocs opératoires de l'AP-HP*. 18p.
- ❖ Référentiel Blocs opératoires, janvier 2012, *Vers des blocs opératoires plus sûrs et plus performants*, groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires », projets prioritaires pour l'AP-HP - 2012

Références Internet:

- ❖ *La bureaucratie professionnelle*, disponible sur : http://ampr-idf.pagespersoorange.fr/documents/Mintzberg_bur_prof.pdf
- ❖ Studya, *L'aide Soignant au Bloc opératoire*, vu par Anfh.asso, disponible sur : http://www.studya.com/formations_metiers/sante_social/aide_soignant_bloc_operatoire.htm
- ❖ UNAIBODE, *Législation*, Disponible sur : <http://www.unaibode.fr/spip.php?rubrique74>
- ❖ Wikipédia, **Représentation sociale**, disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Représentation_sociale
- ❖ JOUET LE PORS Michèle, (2006), **La théorie des représentations sociales**, disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article314>
- ❖ POTIN Yvan (2008), Centre de Ressources en Economie Gestion, **La gestion des conflits dans les organisations**, disponible sur : <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article304>
- ❖ Ecole Polytechnique Montréal (2012), Portail HPR Travail en équipe, **Conflits interpersonnels**, disponible sur : <http://www.hpr.polymtl.ca/te/etudiants/CONFLITSINTERPERSONNELS.php>
- ❖ VAILLE H. (2003), *La psychopathologie du travail*, disponible sur : http://www.scienceshumaines.com/la-psychopathologie-du-travail_fr_3666.html

- ❖ La logique de communication de l'école Palo Alto, disponible sur : <http://www.communicationorale.com/palo.htm>
- ❖ *Entretien semi-directif*, disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi_directif
- ❖ *Henri Fayol*, disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Henri_Fayol

Cours:

- ❖ Enrique LEDESMA, *La dynamique des groupes restreints*, Master 1 Management et Santé, UE3.4 *Management des établissements, GRH et comportement organisationnel*, cours du 23/11/2011.
- ❖ DESSERPRIT Gilles, *Voyage autour de la gestion des conflits*, Master 1 Management et Santé, UE3.4 *Management des établissements, GRH et comportement organisationnel*, cours du 21/02/2012.

Table des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien IBODE

Annexe 2 : Grille d'entretien Cadre de Bloc Opérateur



ANNEXE 1

ENTRETIEN INFIRMIERE DE BLOC OPERATOIRE

Dans le cadre de ma formation Cadre de Santé de l'Ecole Supérieur Montsouris, je réalise un mémoire sur l'importance du facteur humain au bloc opératoire. Dans ce contexte je souhaiterai recueillir votre avis et votre expérience sur ce thème. Cet entretien durera 30 à 45 minutes. Je vous remercie par avance de votre participation et de votre aide à l'élaboration de ce travail de recherche.

- ❖ Depuis combien de temps exercez-vous en bloc opératoire ?

LA QUALITE DES RELATIONS HUMAINES ET LEUR IMPACT :

- ❖ Quelles sont les plus grandes difficultés que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne au bloc opératoire ?
- ❖ Comment qualifieriez-vous les relations humaines au bloc opératoire ?
Bonnes, Mauvaises, Intenses, Difficiles
- ❖ Selon vous, quel impact ces relations humaines ont-elles sur l'organisation ?

LE STRESS :

- ❖ Comment évalueriez-vous le niveau de stress au bloc opératoire ?
Permanent, Ponctuel, Fluctuant
- ❖ Vous sentez-vous vous-même stressé ?
- ❖ Selon vous y a-t-il des moments de stress plus intenses ?

❖ Comment faites-vous pour les gérer ? Bénéficiez-vous d'un accompagnement ?

❖ Souhaiteriez-vous plus d'accompagnement ? De quelle sorte ?

LE CONFLIT :

❖ Existe-t-il des conflits au sein du bloc opératoire où vous exercez ?

Quotidiennement, Régulièrement, Exceptionnellement, Jamais

❖ A votre avis quelles sont les causes principales de ces conflits ?

❖ Comment se résolvent-ils ?

❖ Selon vos observations, quelles conséquences ont-ils sur l'ambiance du bloc opératoire?



ANNEXE 2

ENTRETIEN CADRE DE BLOC OPERATOIRE

Dans le cadre de ma formation Cadre de Santé de l'Ecole Supérieur Montsouris, je réalise un mémoire sur l'importance du facteur humain au bloc opératoire. Dans ce contexte je souhaiterais recueillir votre avis et votre expérience sur ce thème. Cet entretien durera 30 à 45 minutes. Je vous remercie par avance de votre participation et de votre aide à l'élaboration de ce travail de recherche.

- ❖ Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé en bloc opératoire ?

LA QUALITE DES RELATIONS HUMAINES ET LEUR IMPACT :

- ❖ Quelles sont les plus grandes difficultés que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne au bloc opératoire ?
- ❖ Comment qualifieriez-vous les relations humaines au bloc opératoire ?
Bonnes, Mauvaises, Intenses, Difficiles
- ❖ Selon vous, quel impact ces relations humaines ont-elles sur l'organisation ?

LE STRESS :

- ❖ Comment évalueriez-vous le niveau de stress au bloc opératoire ?
Permanent, Ponctuel, Fluctuant
- ❖ Vous sentez-vous vous-même stressé ?

- ❖ Selon vous y a-t-il des moments de stress plus intenses ?
- ❖ Comment faites-vous pour les gérer ? Bénéficiez-vous d'un accompagnement ?
- ❖ Souhaiteriez-vous plus d'accompagnement ? De quelle sorte ?

LE CONFLIT :

- ❖ Existe-t-il des conflits au sein du bloc opératoire où vous exercez ?
Quotidiennement, Régulièrement, Exceptionnellement, Jamais
- ❖ A votre avis quelles sont les causes principales de ces conflits ?
- ❖ Comment se résolvent-ils ?
- ❖ Selon vos observations, quelles conséquences ont-ils sur l'ambiance du bloc opératoire?

MANAGEMENT :

- ❖ Comment faites-vous pour gérer l'organisation du bloc opératoire en tenant compte de ces difficultés liées au facteur humain ?
- ❖ Lorsque des conflits surviennent comment les gérer vous ?
- ❖ Pensez-vous que la gestion des risques psychosociaux soit une nécessité au bloc opératoire ?



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de cadre de santé

DCS@11-12

TITRE DU MEMOIRE

Bloc opératoire : Le facteur humain

Atout ou défi pour le cadre de santé ?

AUTEUR

Maryline SECQ

MOTS-CLES

Bloc opératoire, Relations Humaines, Stress, Conflit,
Communication

KEYWORDS

Operating room, Human relations, Stress, conflicts,
Communication

RESUME

Le bloc opératoire, lieu singulier et point d'orgue du parcours du patient hospitalisé en chirurgie, est une unité aux codes et aux rites très spécifiques. Cet espace clos et protégé, de par des contraintes architecturales et réglementaires, combine haute technologie et expertise professionnelle. Une multitude d'acteurs, aux identités professionnelles fortes, s'y côtoient, dans une finalité identique celle d'une prise en charge de qualité des patients. Toutefois, ces divers professionnels, aux cultures différentes, ne partagent pas les mêmes priorités, les mêmes valeurs ni parfois la même organisation de travail. La complexité de l'organisation nécessaire à la réalisation d'une intervention en est donc amplifiée. Les relations humaines et interpersonnelles prennent ainsi une place importante au sein de cette communauté de professionnels, qualifiée d'endogène. Or, l'efficacité et l'optimisation de l'organisation sont désormais des priorités institutionnelles nécessitant une réelle collaboration de tous. Une des priorités du cadre de santé exerçant en bloc opératoire est donc d'identifier les sources de conflits et de stress afin de pouvoir proposer un accompagnement des professionnels et ainsi limiter l'impact sur l'organisation.

ABSTRACT

The operating room, key step in the surgical hospitalisation of a patient, is a singular unit with specific codes and rites. This closed and protected place with architectural and legislative constraints combines high technology to professional expertise. Many different actors with strong professional identities work together all aiming to a high quality care for patients. However, all these professionals with different backgrounds do not always share the same priorities, values or even work organisation. The complexity of organisation necessary for the conduct of a surgical procedure is thus amplified. The human and interpersonal relationships are capital within this endogenous professional community. Moreover, the efficiency and the optimisation of the organisation are henceforth institutional priorities requiring a real collaboration between all. One of the priorities of the health manager working in an operating room is to identify sources of conflicts and stress. In so doing, a specific accompaniment of the professionals can be proposed and thus limit the impact on the organisation.