



centre hospitalier régional universitaire

Institut de Formation de Professions de Santé

RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTÉ

Pratiques et perceptions des différents acteurs du bloc opératoire en matière de communication et de sécurité.

Travail réalisé en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

Nicolas Vecci
Promotion 2016-2018

Sous la direction de Hélène Trimaille, Ingénieur d'Etudes et de Recherches Cliniques –
Centre d'Investigation Clinique – Inserm 1431 - CHU Besançon

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire.

A Mme Hélène Trimaille ma directrice de mémoire pour sa disponibilité, ses relectures attentives et ses conseils à chaque étape de ce mémoire.

A mes formateurs pour l'enseignement de qualité dispensé, leur pédagogie et l'accompagnement dans les meilleures conditions de notre promotion dans ces deux années de master.

A mes parents, de m'avoir soutenu depuis le début de ce projet de spécialisation. Ils ont partagé quotidiennement en dépit de la distance mes joies et mes difficultés.

Qu'il me soit permis de remercier Marlène, mon amie, qui m'a encouragé tout au long de mon travail.

Enfin, j'exprime toute ma gratitude aux 434 « anonymes » qui ont bien voulu consacrer quelques minutes de leur temps pour compléter mon outil d'enquête, sans eux, mon travail n'aurait jamais vu le jour.

Merci à toutes et à tous.

SOMMAIRE

Table des matières

CADRE CONCEPTUEL :	3
LE MILIEU DU BLOC OPERATOIRE	3
Le bloc opératoire, un lieu confiné :	3
Un milieu aseptisé :	3
Entre hyperspécialisation et polyvalence :	4
Pluridisciplinarité :	4
CONCEPT D'EQUIPE ET TRAVAIL D'EQUIPE :	5
Equipe :	5
Composition de l'équipe au bloc-opératoire :	6
Le travail en équipe :	6
Les fondamentaux d'un travail en équipe :	7
CONCEPT de COMMUNICATION	7
L'impossibilité de ne pas communiquer :	8
Communication verbale et non verbale :	8
Les relations complexes du bloc-opératoire :	9
L'émotion et la prise de décision : lorsque deux visions s'opposent.....	10
Facteurs pouvant conduire à une dégradation de communication dans les équipes :	10
LA SECURITE DU PATIENT :	11
Qu'est-ce qu'un risque :	11
Evènements indésirables :	12
Les Revues de Morbi-Mortalité : RMM.....	13
La Check List HAS.....	14
LA CULTURE DE SECURITE :	14
Des leçons tirées à partir de catastrophes :	14
Dans le Nucléaire.....	14
Dans l'aviation	15
La simulation médicale pour limiter les erreurs de prise en charge	16
« Jamais la première fois sur le patient ».....	16
« Errare Humanum Est, Perseverare Diabolicum ».....	17
La communication comme remède, études récentes.....	17

METHODOLOGIE :	19
Choix de l'outil :	19
La population :	19
Critères d'inclusion :	19
Critères de non inclusion :	19
Critères d'exclusion :	20
Terrain d'enquête :	20
Format de l'outil d'enquête :	20
Composition du questionnaire :	20
1. Identification du professionnel : questions 1 à 5.	20
2. Cohésion d'équipe : Questions 6 à 8.	20
3. Relations interpersonnelles, communication et risque d'erreur : questions 9 à 16.	21
4. Sécurité du patient, report des incidents, accidents questions 17 à 21.	21
5. La communication au sein du service : questions 22 à 27.	21
Conception chronologique de l'outil d'enquête :	22
Diffusion du questionnaire :	23
Méthodologie et Analyse des résultats :	24
RESULTATS :	25
Nombre de sujets selon le sexe :	25
Les professions :	26
L'âge des professionnels de santé :	27
Durée d'exercice de l'activité professionnelle dans le bloc-opératoire :	27
Les acteurs du bloc-opératoire interrogés exercent dans un établissement du secteur :	28
A la question « je sens que je fais partie intégrante de cette équipe », les participants ont répondu :	29
La collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale est :	30
L'entraide entre les différents membres de l'équipe du bloc opératoire est :	31
La qualité de la communication entre les participants et les autres acteurs du bloc opératoire :	32
A la question « Sur une échelle de 0 à 5, à combien évaluez-vous la qualité générale de la communication au bloc-opératoire », les participants ont répondu :	33
« Le risque que je fasse une erreur dans ce bloc opératoire est plus élevé quand l'ambiance est pesante » :	33
Remettre en cause les décisions prises par mes collègues :	34
Poser des questions quand quelque chose me paraît "inquiétant, anormal ou que je ne comprends pas" est :	35
Dans ce bloc, discuter des erreurs est :	36

Les situations de stress affectent la qualité de la communication au sein de l'équipe :	37
Les différents membres de l'équipe sont alertés des complications potentielles ou réelles apparaissant lors d'une intervention chirurgicale :	37
J'ai connu une expérience professionnelle dans ce bloc opératoire, où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication dans l'équipe :	38
Les incidents se produisant mais n'entraînant pas de conséquences sur le patient sont signalés :	39
Je sais comment déclarer un évènement indésirable si cela devait se produire :.....	39
J'ai déjà renoncé à déclarer un événement indésirable :	40
La check-list HAS est faite de façon rigoureuse lors de l'intervention d'un patient :	41
Je suis informé(e) du suivi des incidents qui ont lieu au bloc opératoire :	42
Des réunions de service regroupant l'ensemble des acteurs du bloc opératoire sont organisées :	43
J'ai participé à des exercices en centre de simulation (ou à un entraînement) impliquant un travail en équipe :.....	43
J'ai déjà bénéficié de formations avec d'autres catégories de professionnels du bloc opératoire. (Exemple : installation du patient, hygiène, technique chirurgicale etc.)	44
Partie commentaire :	44
DISCUSSION :	46
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE :	53
TABLE DES ILLUSTRATIONS :	57

LEXIQUE DES ABREVIATIONS :

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IADÉ : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

AS : Aide-Soignant

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

EI : Evènement Indésirable

EIG : Evènement Indésirable Grave

HAS : Haute Autorité de Santé

BO : Bloc-opératoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

MAPAR : Mise au Point en Anesthésie Réanimation

RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité

INTRODUCTION :

Le bloc opératoire est un environnement complexe et à haut risque, qui par ses activités humaines et invasives, implique le travail simultané de nombreux acteurs de santé issus de formations différentes.

Des professionnels aux profils différents y mettent en œuvre à la fois leurs connaissances et leurs compétences techniques spécifiques au service du patient.

Unis autour du patient dans un but commun, les professionnels mobilisent également des compétences non techniques dans leurs capacités à s'organiser et coordonner leurs actions en équipe. L'information doit sans cesse circuler entre ces professionnels, les actions des uns pouvant avoir une répercussion sur la pratique des autres. C'est pourquoi la communication s'avère être un enjeu majeur pour travailler conjointement sur le même site.

Une communication efficace facilite ces interactions, à l'inverse, un défaut de communication peut générer des dysfonctionnements nuisibles à une bonne prise en charge du patient. Articles de journaux, ou documentaires sur le bloc opératoire se font malheureusement l'écho de cas parfois dramatiques où le manque de communication a porté préjudice au patient.

Quelles sont les perceptions et pratiques des différents acteurs du bloc opératoire en matière de communication et de sécurité ?

L'enquête réalisée consiste à évaluer à travers un questionnaire quelles sont les pratiques et perceptions des différents acteurs du bloc opératoire en matière de communication et de sécurité.

Ce travail de recherche présentera dans un premier temps le cadre théorique en revenant notamment sur quelques spécificités du bloc opératoire, ainsi que sur les notions d'équipe et de travail d'équipe. Nous poursuivrons en développant les concepts de communication, puis de sécurité.

Une fois le cadre théorique de notre réflexion posé, nous présenterons le cheminement ayant permis l'élaboration de notre outil d'enquête.

Pour clore ce travail, nous procéderons à une analyse descriptive des résultats puis interprétative en confrontant les données recueillies avec notre cadre conceptuel.

CADRE CONCEPTUEL :

LE MILIEU DU BLOC OPERATOIRE

Il ne s'agit pas d'un concept en soi, mais il semble indispensable pour une meilleure approche du sujet de préciser ce qui définit le bloc opératoire.

Souvent perçu comme mystérieux, le bloc opératoire est une entité complexe. En anglais, bloc opératoire se traduit par « operating theater », littéralement le théâtre des opérations. Le terme revêt chez les anglo-saxons une dimension différente, à la fois militaire et artistique.

Un magazine spécialisé de la profession infirmière le décrit comme suit : « *Espace voué à l'interdisciplinarité, le bloc opératoire est un théâtre où se joue une pièce en un acte, qui doit se finir bien. Objectif obligatoirement partagé par des acteurs dont chaque rôle, parfaitement défini, s'exerce dans un implicite consensus* ». (1)

La métaphore avec le monde du théâtre est intéressante, on imagine ces « acteurs » de santé, ayant appris longuement leur rôle par leurs formations respectives, avant d'entrer en scène. Les compétences de chaque professionnel en salle d'opération sont particulières et bien définies, nous ne pourrions concevoir l'intérêt d'avoir deux acteurs totalement identiques dans une pièce de théâtre. Toutefois, pour que la magie (et la chirurgie) « opère », l'objectif est commun, c'est l'ensemble des acteurs qui fera de la pièce, une réussite.

Pour revenir à une définition plus terre à terre, mais au final assez proche, Iradj Gandjbakhch, chirurgien et membre de l'Académie nationale de médecine, définit le bloc opératoire comme « *une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises, pour assurer la sécurité des patients*. » (2)

Ainsi, la complémentarité des compétences de chacun des membres du bloc opératoire, aussi bien médicales que paramédicales est déterminante pour assurer le fonctionnement du bloc-opératoire et la « sécurité des patients », notion qui sera au centre de la thématique et développée ultérieurement dans ce mémoire. L'auteur cite également les équipements adéquats nécessaire à la bonne pratique des actes. En effet, le bloc opératoire doit disposer de certains matériels pour fonctionner correctement. Il semble d'ailleurs opportun de donner quelques caractéristiques du bloc opératoire.

Le bloc opératoire, un lieu confiné :

Pour tenter d'expliquer ce qui rend le bloc opératoire parfois secret, étudions sa structure. L'accès au bloc opératoire est règlementé, il n'est accessible qu'aux personnes devant y entrer. Ainsi, seuls les patients et le personnel habilité y circulent. Les membres des familles ne sont pas autorisés à y rentrer comme ce pourrait être le cas dans d'autres services. Il n'y a pas de place pour les visites, ni au bloc opératoire, ni en salle de réveil sauf pour certains cas particuliers. Les échanges dans cette enceinte se font donc la plupart du temps entre soignants ou alors entre soignants et personnes opérées. C'est un élément important à souligner pour comprendre les interactions qui s'établissent entre les différents protagonistes.

Un milieu aseptisé :

L'aspect architectural va influencer sur le mode de fonctionnement et les règles à observer. La zone délimitant le bloc opératoire est séparée physiquement des autres services. On y entre généralement par un sas. Un vestiaire permet aux agents de revêtir une tenue de bloc et des sabots propres. Tenue, masque et charlotte sont de rigueur. L'hygiène doit y être

irréprochable. Pour maîtriser l'environnement, les mêmes règles s'appliquent aussi bien au personnel soignant fixe qu'aux personnes intervenant itérativement au bloc opératoire comme des techniciens ou des représentants de matériel divers. De nombreuses normes régissent la structure du bloc opératoire. En salle d'opération, la température, l'hygrométrie, la pression et le renouvellement de l'air sont continuellement contrôlés.

Certaines règles s'appliquent également aux patients. Selon l'intervention prévue, il sera demandé au patient de prendre préalablement une douche au savon doux ou avec un antiseptique. Dans certaines structures, il existe un système de « marche en avant » pour le patient, il entre d'un côté, puis ressort de l'autre, de la zone la plus sale à la zone la plus propre, ne passant pas deux fois au même endroit. Ce système d'asepsie progressive permet d'une part d'éviter la biocontamination, les contaminations croisées et évite que les patients non opérés ne croisent les patients sortant du bloc opératoire. Les contacts entre patients sont donc volontairement limités.

Dans cet univers aseptisé, qui peut sembler froid, n'oublions pas que le patient reste au centre des préoccupations. De nouvelles pratiques font leur apparition pour humaniser et redéfinir la place du patient. Ainsi on voit apparaître dans des établissements un nouveau parcours qui permet au patient valide d'arriver debout jusqu'en salle d'opération et non pas allongé sur un brancard. Les établissements participants à ce changement revendiquent un patient acteur de ses soins et de sa santé, il est qualifié de « Digne, Debout, et Détendu ». Cela peut paraître un détail, mais c'est tout le parcours de soin qui en est modifié.

Entre hyperspécialisation et polyvalence :

Le bloc opératoire est composé généralement de plusieurs salles de bloc opératoire, ces salles sont elles-mêmes regroupées par discipline, en îlots : traumatologie, chirurgie vasculaire, pédiatrie etc. Chaque îlot a une organisation, du matériel, et des techniques opératoires qui lui sont propres. Ce ne sont pas les mêmes interventions, ni la même population, ni les mêmes opérateurs. Mais les salles réservées initialement à des spécialités tendent à devenir polyvalentes. « *Tout dépend de l'importance de l'activité chirurgicale et de la taille de l'établissement. Le principe étant de rationaliser et mettre en commun les moyens, autant humains que matériels, ceci dans un but essentiel d'économie.* » (3)

Le personnel exerçant au bloc opératoire est affecté à une ou plusieurs spécialités. Tandis que le chirurgien est spécialisé dans une branche spécifique de la chirurgie, les autres membres du personnel, médecins anesthésistes, infirmiers et aides-soignants peuvent être amenés à exercer dans différents secteurs. Afin de faciliter ces mouvements de personnels, faire face à la diversité des actes, réglés ou en urgence, les blocs-opératoires sont munis de certains dispositifs identiques quelques soient les salles d'interventions. C'est le cas par exemple des chariots d'anesthésie ou des respirateurs au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon. L'uniformisation de ces équipements facilite la mobilité du personnel.

Pluridisciplinarité :

« *Le terme pluridisciplinarité indique en premier lieu la coexistence de différences* » (4), en effet, le bloc opératoire fait appel à de nombreux intervenants issus de différentes formations, infirmiers, aides-soignants, chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé.

De nombreux étudiants y sont formés, infirmiers spécialisés, étudiants en médecine, notamment dans les centres hospitaliers universitaires. « *Les cursus formatifs sont conduits avec des troncs communs qui conduisent par la suite à une spécialisation.* »(4) Du personnel médical et paramédical partage donc cet espace commun.

On constate ainsi que plusieurs acteurs interviennent simultanément autour du patient, chacun avec un rôle différent. Chaque corps de métier aura bénéficié d'une formation différente, et se sera construit une identité propre, avec une représentation de sa profession, des valeurs et une vision particulière. « *Les deux équipes chirurgicale et*

anesthésique ont construit, au cours de leurs histoires, des identités et exercices professionnels à l'origine de différences. » (4)

Toujours est-il que tout cet univers sera concentré dans un espace confiné, une salle d'opération mesurant en moyenne 35m². C'est pourquoi il ne serait pas concevable que tous ces acteurs circulent et agissent sans certaines règles de bonnes pratiques communes à toutes les personnes présentes au bloc opératoire. Règles strictes d'hygiène, tenue vestimentaire et comportement adapté sont indispensables. Mais cela suffit-il à garantir une bonne organisation et une sécurité optimale pour le patient au bloc opératoire ? La pluridisciplinarité peut-elle constituer un frein à cette organisation complexe ?

CONCEPT D'ÉQUIPE ET TRAVAIL D'ÉQUIPE :

Souvent, lorsque le premier contact s'établit avec le patient au bloc opératoire, nous nous présentons en faisant référence à une équipe. Nous déclinons notre nom, profession et évoquons notre appartenance à cette « équipe » anesthésique ou équipe chirurgicale. C'est un terme qui semble fort de sens, nous n'utilisons pas le terme de « groupe », nous nous intégrons à un ensemble plus large. Pour le patient, cela a un côté rassurant, témoin de la cohésion des personnes qui vont le prendre en charge. Mais a-t-on toujours l'impression de travailler en équipe ? Et quand bien même on affirme avec conviction notre appartenance à une équipe, qui composerait cette équipe ? Le chirurgien, le brancardier, le manipulateur radio, l'anesthésiste ? Qui inclut-on et qui exclut-on ? Il convient donc d'aborder cette notion d'équipe.

Equipe :

D'après le dictionnaire Larousse, l'équipe est « *un ensemble de personnes travaillant à une même tâche* ».

Définition assez simple à mettre en pratique au bloc opératoire, nous travaillons tous dans l'intérêt du patient et faisons donc d'après cette définition, partie intégrante d'une équipe.

Or, suivant les définitions et les disciplines des auteurs, ce que l'on met derrière le terme d'équipe aura plus ou moins de consistance, de signification et de complexité dans la mise en pratique.

Selon Philip C. Abrami, par exemple, chercheur à l'université de Montréal, une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe.

Roger Mucchielli, psychosociologue ayant consacré une partie de ses travaux au concept d'Equipe, apporte quant à lui, la notion « *d'appartenance à l'équipe* ». La représentation de l'équipe devient plus élaborée et ne se limite plus à des personnes agissant ensemble dans un but commun. Ce sentiment d'appartenance à l'équipe est selon lui, « *un élément essentiel à la bonne marche d'une équipe, c'est une des sources de son efficacité.* »

Roger Mucchielli rajoute que l'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission, mais au contraire elle est un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et par là, valorisante. (5)

Le concept d'équipe représente pour l'auteur bien plus que le simple regroupement de personnes travaillant à la même tâche. Dans son modèle, il nécessite une réelle cohésion, et même une dimension surprenante puisqu'elle met en exergue les affects, et la satisfaction au travail.

Composition de l'équipe au bloc-opérateur :

Le bloc-opérateur fait intervenir de nombreux professionnels aux compétences diverses de façon ponctuelle ou continue. On peut donc se demander, à juste titre, de qui parle-t-on quand on cite « l'équipe du bloc- opératoire » ?

Eduardo Salas définit l'équipe comme :

« Un ensemble identifiable de deux personnes ou plus qui interagissent de manière dynamique, interdépendante et adaptée vers un but/un objectif/une mission commun(e) et valorisé(e), qui se sont chacune vu affecter des rôles et fonctions spécifiques et dont la durée du mandat au sein de l'équipe est limitée. » (6)

On retrouve dans cette définition la notion de temporalité. La composition d'une équipe dans une rencontre sportive est définie par les membres sélectionnés qui jouent sur le terrain pendant la rencontre, le match, un temps donné. Comme nous faisons précédemment une analogie avec le théâtre, l'équipe du bloc opératoire pourrait dès lors se définir comme celle composée lors d'un acte, l'acte opératoire. Un acte opératoire avec un début, une fin, et avec des objectifs comme pour remplir un « mandat ». L'équipe représenterait alors tous les acteurs ayant participé à la prise en charge du patient dans ce secteur.

Mais pour gagner ce sentiment d'appartenance à l'équipe auquel Roger Mucchelli fait référence, encore faut-il travailler en équipe. Nous nous attacherons donc à définir en quoi consiste réellement le travail d'équipe.

Le travail en équipe :

La compétence de chacun des acteurs du bloc opératoire dans son domaine est un préalable au travail en équipe. Chaque membre de l'équipe connaît son champ de compétence mais il connaît également ses limites. La spécificité des compétences de chaque membre est une richesse et simplifie la répartition des tâches entre les différents membres.

Il ne serait d'ailleurs pas souhaitable que tous les membres aient les mêmes compétences :

« Imaginons où cela nous mènerait, si tous les membres de l'équipe étaient capables d'instrumenter correctement une hémicolectomie,(ablation d'une partie du colon) mais que personne ne soit capable d'instrumenter une prothèse de la hanche : c'est la paix sociale au sein du service qui en pâtirait, chaque collaborateur souhaitant faire ce qu'il sait bien faire et ce pour quoi il obtient de la reconnaissance.» (7)

La connaissance de ses propres compétences et de celles des autres professionnels devrait permettre une meilleure collaboration. *« La reconnaissance de nos limites va entraîner, lorsque cela nous semble pertinent, une orientation des personnes vers [...] des intervenants a priori plus qualifiés que nous pour traiter l'ensemble du problème ou une partie du problème soulevé. » (8)*

Personne ne peut réunir toutes les compétences nécessaires à la prise en charge du patient dans son ensemble et la seule compétence individuelle ne suffit plus à fournir une pratique médicale de qualité au bloc opératoire. Elle doit s'accompagner d'une « mise en musique parfaitement coordonnée des différents acteurs pour aboutir à la prise en charge la plus optimale possible. » (9)

Le travail d'équipe ne consiste donc pas en un morcellement des tâches, il implique une collaboration étroite, une complémentarité entre les différents acteurs, de l'entraide. Une synergie des compétences, bien plus efficace que l'addition des compétences de chacun. C'est en quelque sorte une forme d'humilité que les différents acteurs du bloc opératoire doivent garder en tête pour assurer une prise en charge de qualité. L'enjeu mêle l'organisation des soins ainsi que la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Les fondamentaux d'un travail en équipe :

Selon Roger Mucchielli « *Le travail en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille.* » Il nous fournit quelques clés pour bien travailler en équipe. Cela nécessite :

- Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche.
- L'expression possible des désaccords et des tensions.
- La non mise en question de la participation affective du groupe, l'entraide en cas de difficulté d'un des membres.
- La volonté de suppléance d'un membre défaillant.
- La connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun.

La communication apparaît donc comme une clé pour travailler en équipe. L'expression de chacun des membres est indispensable que ce soit dans l'entente comme dans les désaccords. L'implication des acteurs et l'entraide garantira un travail d'équipe efficient. Les compétences paramédicales et médicales doivent être réunies pour prendre en charge au mieux le patient.

Mais comment interagir ensemble pour aboutir à ce travail d'équipe élaboré ? Lorsque ces personnes venant de cursus différents, avec des identités professionnelles propres, ne se sont jamais rencontrées auparavant ? Que se passe-t-il lorsque la communication est défaillante alors que le patient est au cœur du système de soins ?

Dans ce milieu technique où tout paraît si bien calculé, c'est d'ailleurs, contrairement aux idées reçues, la communication et le travail en équipe et non l'erreur individuelle, qui portent le plus fréquemment préjudice au patient. La Haute Autorité de Santé, se mobilise en ce sens depuis quelques années pour mettre cette question du travail en équipe au centre des préoccupations, l'équipe ayant été identifiée comme la première cause profonde d'évènements porteur de risques (responsable de 27% des cas observés). (10)

CONCEPT de COMMUNICATION

De nombreux chercheurs ont fait des travaux sur la communication en modélisant leurs théories. Un modèle a longtemps été considéré comme une référence en la matière, la théorie de Shannon (1949), mère de tous les modèles.

« *La communication y est présentée comme le transfert d'un message à partir d'une source vers un destinataire sous la forme d'un signal codé par l'émetteur et décodé par le récepteur, qui peut être affecté par des phénomènes parasites appelés bruits.* » (11)

Ce modèle Emetteur-Récepteur fait état d'une communication unidirectionnelle, linéaire. Elle est issue de recherches faites sur la télégraphie après la seconde guerre mondiale. La référence à des signaux codés témoigne de la nécessité d'adopter un langage commun. Une culture collective de ces codes est donc nécessaire aussi bien pour la formulation du message que pour sa compréhension.

D'autres théories apportent des notions complémentaires comme le feedback (Norbert Wiener), l'émetteur perçoit alors les réactions du récepteur et réajuste son message à partir de ces informations.

L'impossibilité de ne pas communiquer :

Pour Paul Watzlawick, psychologue autrichien, la communication s'analyse non seulement dans le contenu mais aussi dans la relation aux autres, dans nos comportements. Ceux-ci échappent souvent à notre attention, on ne les contrôle pas toujours. Dans n'importe quelle situation, chaque être humain adopte un comportement, qui bien loin d'être commandé, nous précède souvent.

Activité ou inactivité, parole ou silence, tout a valeur de message pour l'auteur :

De tels comportements influencent les autres, et les autres, en retour, ne peuvent pas ne pas réagir à ces communications, et de ce fait ne pas communiquer [...] Le fait de ne pas parler ou de ne pas prêter attention à autrui ne constitue pas une exception. Un homme attablé dans un bar rempli de monde et qui regarde droit devant lui, un passager qui dans un avion reste assis dans son fauteuil les yeux fermés, communiquent tous deux un message : ils ne veulent parler à personne, et ne veulent pas qu'on leur adresse la parole ; en général, leurs voisins comprennent le message transmis et y réagissent normalement en les laissant tranquilles. (12)

De la sorte, nos attitudes et nos comportements, parfois instinctifs ou non totalement contrôlés, sont considérés comme une forme de communication, ils parlent pour nous, qu'on le veuille ou non. La théorie de l'auteur est tout sauf linéaire, et s'oppose à celle de Shannon citée plus haut car « *Nul n'est sujet à part entière d'une communication, chacun y participe sans en être la source ponctuelle, ni l'aboutissement.* » (12)

Communication verbale et non verbale :

Albert Mehrabian, professeur de psychologie a établi que seuls 7% de la communication passent par le langage verbal (les mots que l'on prononce), 38% de la communication étant vocale (le ton, la voix) et 55% constitueraient la partie visuelle de la communication (comportement, attitude, posture).

Quiconque aura travaillé au bloc-opératoire pourra confirmer ces propos. De longs temps chirurgicaux sont parfois réalisés sans qu'aucune parole ne soit prononcée, et pourtant la communication est bien présente.

Un magazine dédié aux infirmiers de bloc opératoire compare la relation qui lie l'infirmier instrumentiste au chirurgien à un « *ballet de deux danseurs synchronisés à la perfection où chacun devine le prochain pas de danse, où chacun connaît sa chorégraphie sans qu'aucun mot ne se prononce, où rien ne se dit mais tout est compris* ». (13) C'est une des raisons pour laquelle, nous nous intéresserons dans l'outil d'enquête, davantage à la qualité de la communication qu'à sa quantité, que l'on aurait tendance à quantifier par le nombre de mots échangés.

Bien que les résultats d'Albert Mehrabian ne puissent s'étendre à d'autres domaines que ceux de ses études portant sur la communication des sentiments et des états d'esprit, on ne peut nier la forte proportion de la part non verbale du langage. Son étude démontre également la charge affective et émotionnelle se reflétant dans la façon que nous avons de communiquer.

D'autre part, ce professeur de psychologie souligne l'importance de la « congruence » entre ces trois composantes pour délivrer efficacement un message clair, efficace et sans ambiguïté.

L'exemple suivant illustre bien l'incongruence entre la communication verbale et non verbale :

-Verbale : « Je n'ai pas de problème avec toi ! »

-Non-verbale : la personne évite le regard de l'autre, semble inquiète, a un comportement fermé, etc. (14)

Pour être le plus efficace possible, la communication doit s'établir dans ses trois composantes : verbale, paraverbale et non verbale. Bien que nos attitudes nous échappent parfois, nous pouvons donc, au contraire essayer de les contrôler.

Un psychologue américain, Daniel Goleman, nous explique que dans les interactions en face à face :

« le cerveau accède à des signaux émotionnels et sociaux constants en provenance de ses interlocuteurs, et les utilise instantanément pour guider l'interaction suivante de telle sorte que la rencontre se déroule bien. Une grande part de ce traitement d'informations qui guide l'interaction se produit dans le cortex orbito-frontal, qui est un centre intervenant dans l'empathie. Cette partie du cortex effectue une surveillance des indices sociaux pour s'assurer que la prochaine action prévue est adéquate. » (15)

La communication la plus pure fait intervenir nos paroles dans ses mots, son timbre, son intonation, mais aussi nos comportements, nos attitudes qu'elles soient réfléchies ou non, conscientes ou inconscientes. Elle peut donc s'avérer complexe à mettre en pratique.

Et certaines situations vont rendre la communication plus complexe encore.

Les relations complexes du bloc-opératoire :

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le bloc-opératoire est un lieu technique et pluridisciplinaire qui doit obéir à certaines règles strictes.

Pour de multiples raisons, c'est un lieu propice aux conflits. Il est un système complexe à la fois technique et humain, son activité résulte d'un « *enchaînement de processus d'interactions et de communications qui permet aux rouages organisationnels de fonctionner* ». (16)

Le Mapar, dont l'acronyme signifie Mise au Point en Anesthésie-Réanimation est un ouvrage qui représente une référence incontournable des bonnes pratiques dans le domaine de l'Anesthésie, de la Réanimation et des Urgences. Il distingue deux sortes de conflits au bloc-opératoire : les conflits de tâches et les conflits relationnels.

Les conflits de tâches résultent de « divergences de points de vue, ils peuvent être résolus rapidement en communiquant, en expliquant ses positions respectives et en négociant. D'autres sont récurrents et traduisent des problèmes plus profonds liés au statut et au rôle de chacun, ainsi qu'à l'organisation. »

Ce type de conflit surviendrait entre une et quatre fois par intervention chirurgicale électorale d'après une étude canadienne mentionnée dans le Mapar.(17) Précisons qu'une chirurgie électorale est une chirurgie non urgente, programmée, on parlera également d'intervention faite à « froid ».

Le deuxième type de conflit est d'ordre relationnel ; il est issu de « *mésententes, de frustrations, de rivalités, d'antipathies et/ou d'affrontements entre personnalités* ». (17)

En effet, les personnalités et comportements du personnel constituent un terrain idéal pour la survenue de conflits. D'autant plus que le bloc opératoire est un lieu où la matière première est le corps humain, ce qui peut générer du stress. Mais le stress ou d'autres affects ont-ils leur place au bloc ? Dans une situation complexe ou urgente, ou bien lorsque la vie du patient est menacée, il est indispensable qu'une équipe sache prendre rapidement les bonnes décisions. Est-ce que les émotions influent sur l'efficacité d'une équipe ? Tout état affectif doit-il être laissé au vestiaire afin que les membres de l'équipe se montrent plus professionnels ? Découvrons quels mécanismes régulent les décisions dans ces situations, notamment en situation de stress.

L'émotion et la prise de décision : lorsque deux visions s'opposent.

« Depuis Platon, Kant et Descartes, il est considéré que la logique propre, purement rationnelle et mathématique, écartée de toute considération affective, peut mener à la solution quel que soit le problème ». (18)

Antonio Damasio, en revanche, affirme nettement que les émotions sont nécessaires à la prise de décision. Selon ce médecin, professeur de neurologie et de psychologie,

«le raisonnement pur ou mathématique réclame une mémoire d'une capacité illimitée à retenir la multitude de combinaisons probables pour prévoir les conséquences de telle ou telle décision. Une capacité dont l'homme ne dispose pas. C'est la raison pour laquelle la mémoire est soutenue par divers repères émotionnels. Une décision perçue par l'émotion comme néfaste est automatiquement associée à une sensation déplaisante au niveau du corps (soma), puis rejetée immédiatement afin de laisser place à un plus petit nombre d'alternatives. Lorsque l'émotion ressentie est positive, l'alternative est marquée et conservée. [...] Et lorsqu'il s'agit de réagir face à un danger immédiat, l'émotion est, alors, prédominante. » (18)

Les considérations affectives auraient donc pour l'auteur, toute leur place dans la prise de décision, le raisonnement rationnel ne pouvant se réduire à une suite de calculs mathématiques. Il conteste vivement le dualisme cartésien des émotions et de la réflexion. C'est le sujet d'un de ses romans, intitulé « l'Erreur de Descartes ».

Facteurs pouvant conduire à une dégradation de communication dans les équipes :

Le stress au bloc-opératoire, un état bénéfique ou néfaste ?

Le mot stress vient du latin « stringere » et « stressus » qui signifient « serré ». En vieux français, stress signifie étroitesse et oppression. Ces recherches étymologiques nous indiquent parfaitement notre ressenti lorsque le stress nous atteint. C'est Hans Selye (1907-1982), endocrinologue canadien qui donnera une diffusion quasi mondiale du concept. Il le définit comme « *l'ensemble des réactions normales d'adaptation de l'être vivant à un stimulus* ». Il s'attache à montrer que « *ce n'est pas l'agent agresseur qui est pathogène, mais la réaction de l'organisme à cet agent.* » (19)

Le stress fait intervenir de multiples mécanismes physiologiques, réactions neurologiques et hormonales. Ces réactions biologiques sont involontaires, elles représentent un héritage de notre espèce, facilitant certainement notre survie.

Le stress positif : le stress dit positif peut être stimulant, il permet une adaptation dans l'instant, en urgence. « *La fréquence cardiaque et la tension artérielle augmentent, les pupilles se dilatent, les muscles reçoivent plus d'oxygène. Parallèlement la sécrétion d'endorphines par le corps agit comme calmant et permet aux sujets stressés de réaliser des actions dont ils ne se seraient pas crus capables.* » (19)

Le stress négatif : Le stress négatif apparaît lorsque les mécanismes d'adaptation sont dépassés. Cette sensibilité au stress, propre à chaque individu, se modifie au cours de l'existence, et les situations qu'il était capable d'assumer à une époque peuvent devenir insurmontables plus tard. Quand la rupture de cet équilibre est atteinte, les événements sont vécus comme agressifs pour l'organisme, et affectent la bonne exécution des tâches.

De la sorte, on peut affirmer que le stress peut augmenter les performances mais qu'un niveau élevé de stress les diminuerait et affecterait par conséquence l'ensemble du travail d'équipe.

La forte activité produite dans une salle d'opération suppose une dynamique en matière de communication. Les actes opératoires induisent un stress considérable que l'équipe doit gérer. On peut considérer le bloc opératoire à la fois comme un lieu générateur de tension et comme un système exemplaire où les métiers se côtoient et se complètent.

L'enchaînement de processus accomplis dans cette enceinte ne peut se réaliser sans la collaboration des membres de l'équipe. Cela constitue de ce fait un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient.

Hormis le stress, d'autres facteurs de risque dégraderont parfois la communication et le travail d'équipe. Le Mapar en identifie quelques-uns dont la surcharge de travail, les interruptions répétées qui entraînent une perte de la vigilance et du but à atteindre, le moment des transmissions, parfois source de mauvaise compréhension ou de perte d'information et les équipes qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. Il est également question des rapports hiérarchiques au sein de l'équipe. « Un jeune médecin hésitera à signaler un dysfonctionnement à un médecin plus ancien ou hiérarchiquement plus élevé de peur d'être réprimandé ou simplement par politesse. De même, le jugement d'un médecin respecté ou hiérarchiquement élevé ne sera pas remis en cause par l'équipe, assumant qu'il a raison. » (20)

LA SECURITE DU PATIENT :

Le secteur du bloc opératoire expose le patient à de nombreux risques du fait de ses activités invasives. En effet, le patient opéré va être exposé à un risque chirurgical et à un risque anesthésique. Pour ces deux risques, le patient est généralement informé de l'incidence de ces événements. Le chirurgien évoque les complications potentielles au patient, et l'anesthésiste informe également des risques liés à l'anesthésie durant sa consultation.

Qu'est-ce qu'un risque :

La notion de risque est retrouvée dans de nombreuses disciplines, on parle de risque naturel et environnemental, de risque économique, de risque sanitaire etc. Chaque domaine ayant des particularités spécifiques s'y rattachant et le définissant.

C'est un terme difficile à aborder puisque lorsque le risque se matérialise, il ne s'agit plus d'un risque mais d'un sinistre. Le risque n'est donc jamais « actuel ». (21)

Le dictionnaire Larousse (2014) définit le risque comme étant « *la probabilité de survenue d'un problème défini, au sein d'une population déterminée, situé dans un environnement dangereux, pendant une période donnée.* »

Dans les concepts retrouvés apparaît à chaque fois la notion de potentialité.

Comme nous l'évoquions, le patient sera donc exposé aux risques mentionnés par le chirurgien et l'anesthésiste durant leurs consultations. Mais il sera également soumis à d'autres risques dont il n'a pas toujours conscience : les risques liés à l'environnement du patient (air, électricité), aux équipements médicaux (bistouri électrique, rayons X), à la fiabilité de dispositifs médicaux (seringues, table d'opération). Afin d'évaluer et de limiter ces risques potentiels, des systèmes de vigilance ont été créés, chacun chargé d'un domaine particulier en fonction de la nature du risque. On peut citer l'hémovigilance pour tout ce qui concerne les produits sanguins labiles administrés au patient ou la matériovigilance pour ce qui a trait aux dispositifs médicaux.

Cependant, le risque n'est pas seulement lié au matériel ou aux produits en eux-mêmes, il est aussi lié aux facteurs humains. Nous l'avons mentionné, le bloc opératoire réunit de nombreux intervenants. Or, la multitude des intervenants prenant en charge le patient augmente la probabilité de survenue d'erreurs, puisque la combinaison possible d'erreur est alors plus élevée.

Les risques potentiels du patient opéré sont donc multiples et variés, se traduisant parfois par des incidents voire des accidents.

L'expression « Primum non nocere » d'Hippocrate, traduite par « d'abord, ne pas nuire » est un principe enseigné en médecine qui s'applique à tout soin. Au bloc opératoire, le patient ne doit pas voir sa situation s'aggraver à la suite de son intervention. Aussi la maîtrise de ces risques est une préoccupation de tous les instants au bloc-opératoire, mais de façon plus générale pour les établissements de santé qui font de la sécurité du patient une priorité. Il est de leur devoir de tout mettre en œuvre pour réduire la fréquence et la gravité de ces accidents.

La sécurité du patient est un critère primordial pour obtenir une certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé. Cette dernière l'a défini comme : « la réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient. Elle a pour ambition première d'éviter toute inversion du bénéfice/risque à se faire soigner. » (22) Les procédures de certification HAS ont pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins des établissements de santé.

Malgré toutes ces précautions, de nombreux événements indésirables sont recensés chaque année en France.

Evènements indésirables :

Un évènement Indésirable est un évènement ou une circonstance associée aux soins qui auraient pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas. (23)

Nous pouvons décrire ces évènements indésirables selon leur gravité :

- Les évènements indésirables graves associés aux soins (EIG) sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention.(24) (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Recherches DREES).
- Evitable : il consiste en un jugement de valeur accepté par la collectivité compte tenu des pratiques et savoirs médicaux recommandés dans des circonstances données et à un moment donné par la communauté scientifique. (HAS)
- Sentinelle : c'est une occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée.
- L'accident : il représente un évènement indésirable qui est la cause de dommages aux patients, aux visiteurs, au personnel, aux tiers et qui révèle un dysfonctionnement dans l'organisation de l'hôpital.
- L'incident : L'évènement indésirable ne cause pas de dommage au patient mais sa survenue révèle un dysfonctionnement dans l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, et dans d'autres occasions, il aurait pu causer un dommage.
Le « near misses » ou presque accident, est un dysfonctionnement qui s'est produit mais a été corrigé avant tout dommage.(25)

L' ENEIS est une Etude Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins réalisée en 2009 ,elle fait état de 275 000 à 395 000 évènements indésirables graves par an (définition de la DREES) ou encore d'un évènement indésirable grave tous les cinq jours dans un service de trente lits.(26)Cependant, ces résultats sont à expliciter. La plupart de ces EIG ne résultent pas d'erreurs dans la prise en charge du patient, ils peuvent se présenter parfois malgré la bonne conformité des soins. Les patients sont exposés à des risques inhérents aux soins. Une infection peut apparaître chez un patient déjà fragilisé et nécessiter la prolongation de sa durée d'hospitalisation malgré des mesures et des précautions prises par le personnel soignant.

Ainsi, certains EIG semblent inévitables, en revanche, d'autres sont évitables et ne seraient pas survenus si « *les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue* ». (27)

En France, ce ne sont pas moins de 40% d'entre eux qui sont considérés comme évitables soit 95 000 à 180 000 EIG par an.

L'enquête ENEIS de 2009 tire certains enseignements de ces résultats :

Elle nous apprend que les EIG sont associés en partie à une « *pratique médicale sous optimale, une perte de temps, une rupture dans la continuité des soins, des déviances diverses par rapport à des protocoles, des règles ou des recommandations.* »

L'enquête révèle par ailleurs un nombre important de « *défaillances humaines des professionnels, de supervision insuffisante des collaborateurs ou encore de déficit de communication entre professionnels.* »

Un autre constat de la Haute Autorité de Santé, établi dans un communiqué (Mai 2015) qu'un patient hospitalisé sur 10 subirait un événement indésirable lors de ses soins.(10) En s'appuyant sur l'analyse des événements porteurs de risques (EPR), la HAS constate que le défaut de communication au sein de l'équipe soignante est une cause majeure de ce type d'événements souvent évitables.

Le facteur humain et la communication jouent donc un rôle prépondérant dans l'incidence de ces événements. Et ce ne sont sûrement pas les risques auxquels les patients pensent avant de subir une intervention. Le personnel y est peu sensibilisé pour sa part. On peut se demander quelle perception les soignants ont à ce sujet, sont-ils conscients de l'enjeu de la communication dans l'exercice de leur profession au bloc-opératoire ?

Des institutions et autorités publiques chargées d'évaluer la qualité des soins et leur sécurité ont pris en compte l'impact de ce facteur humain. Elles sont à l'origine de méthodes instaurées visant à limiter l'incidence des événements indésirables. Nous détaillerons deux de ces outils largement utilisés que sont les Revues de Morbi-Mortalité et la Check-List « sécurité du patient au bloc opératoire ».

Les Revues de Morbi-Mortalité : RMM

Une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. (28)

L'analyse est dite systémique car elle prend en compte tous les aspects humains, techniques, et organisationnels ayant concouru à la prise en charge des patients.

Il est important de préciser que les « presque-accidents » font donc également l'objet de RMM.

En effet, l'analyse de ces événements est tout aussi importante car, si l'évènement n'a pas entraîné de conséquences graves, ces presque-accidents sont plus nombreux que ceux ayant entraîné de lourdes complications voire le décès du patient.

Ceci peut être représenté par la pyramide des risques de Bird, qui a schématisé, dans le monde industriel, le nombre d'incidents et d'accidents en fonction de leur gravité. Pour 600 incidents sans blessures ou dommages, il y a 30 accidents avec dommages matériels, 10 blessures mineures et une blessure grave voire mortelle. Plus il y a de situations à risques, plus il y a d'accidents graves. De ce fait, aucun incident n'est à négliger. De plus, les événements non traités sont amenés à se reproduire.

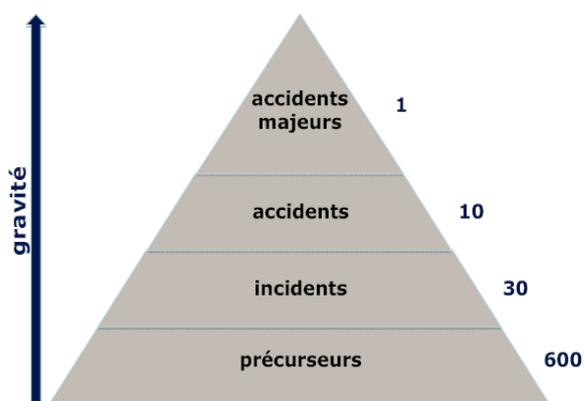


Figure 1 : Pyramide des risques de Bird

Les RMM sont devenues obligatoires dans certains secteurs d'activité depuis 2010 et l'anesthésie en fait partie. Pour analyser les causes de ces événements, et ne rien omettre dans le traitement des causalités, des méthodes existent et peuvent être utilisées. Nous pouvons citer la méthode « ALARM » qui représente une technique à posteriori de recherche exhaustive des facteurs contributifs ayant favorisé la survenue de l'évènement. Les erreurs humaines étant perçues non pas comme des causes mais plutôt comme des conséquences attribuables aux dangers du système de santé.

La Check List HAS

L'OMS a lancé en 2008 un premier modèle de « Check List » dans plusieurs pays pilotes, visant à réduire les complications opératoires. Cette procédure permet, grâce à un outil facile à mettre en œuvre, de partager des informations capitales durant la période péri-opératoire afin d'intercepter et prévenir des événements indésirables associés aux soins. Elle s'établit à trois moments distincts : avant l'induction anesthésique, avant l'intervention chirurgicale, et après l'intervention (avant la sortie du patient de la salle d'opération).

Le bilan réalisé quelques mois après le début de l'étude de l'OMS dévoile une forte diminution des complications et de la mortalité per opératoire. Rendue obligatoire par la HAS dès 2010 en France, elle devient progressivement un standard mondial dans les blocs opératoires. Cet outil a permis de développer une communication des informations essentielles des différents professionnels pour assurer la sécurité du patient. Son mode d'action repose sur la communication au bloc opératoire mais aussi plus largement sur la culture de sécurité du personnel. Mais qu'entend-on par culture de sécurité ?

LA CULTURE DE SECURITE :

De nombreuses fois dans l'histoire, les systèmes de sécurité ont été renforcés à des hauts niveaux à la suite d'accidents, de catastrophes (catastrophe d'origine naturelle comme les séismes, ou d'origine humaine comme une explosion) On peut se demander dans certains cas si l'anticipation de ces risques a toujours été suffisante ou non.

Des leçons tirées à partir de catastrophes :

Dans le Nucléaire

La notion de « Culture de Sécurité » apparaît pour la première fois à la suite de l'accident nucléaire de Tchernobyl (Ukraine, 1986). Des experts du Groupe Consultatif International pour la Sûreté Nucléaire (INSAG) ont à ce moment-là défini ce concept de culture de sécurité comme « l'ensemble des caractéristiques et des attitudes qui, dans les organismes

et chez les individus, font que les questions relatives à la sûreté (ici des centrales nucléaires) bénéficient, en priorité, de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance ». Consécutivement à cette catastrophe, des mesures inédites contribuant à une meilleure maîtrise du risque furent imposées : normes, adoptions de nouvelles réglementations, renforcement des systèmes de dépistage etc. L'accent sera notamment mis sur la prévention et la participation des travailleurs. Ils sont inclus dans cette démarche et doivent savoir identifier les risques auxquels ils sont exposés et les mesures à prendre pour s'en protéger.

Un rapport de l'Agence de l'Énergie Nucléaire a montré

qu'« une organisation qui n'adopte pas des valeurs, principes et attitudes tournés vers l'amélioration de la sûreté est prédisposée à ignorer les procédures, dépasser les limites de fonctionnement et à contourner les systèmes de sûreté. De plus, d'autres éléments rattachés à la culture, par exemple la vision systémique de l'organisation et le fait de ne plus avoir une culture de blâme, ont été mis en évidence dans ce rapport. » (29)

Dans l'aviation

Un autre évènement dramatique dans le domaine de l'aéronautique est à l'origine des principales recommandations actuelles en termes de sécurité.

Le crash de Ténérife, survenu en mars 1977 reste à ce jour la pire catastrophe aérienne de tous les temps, la plus meurtrière aussi. Deux avions se percutèrent sur le tarmac de l'aéroport et 583 personnes périrent dans l'accident. Pour tenter de comprendre les éléments ayant conduit à ce drame, ce ne sont pas moins de 70 experts internationaux qui participèrent à l'enquête. Le rapport a établi que de nombreuses circonstances aggravantes conduisirent à ce drame, telles que les conditions météorologiques (brouillard), un trafic inhabituel avec un aéroport saturé, des problèmes de télécommunications (radio), ou encore de matériel (aéroport non équipé de radar). Cet accident est donc le résultat non pas d'une erreur unique mais d'un enchaînement de défaillances ; il fait écho à la pyramide de Bird citée précédemment.

En outre, cette catastrophe expose surtout les facteurs humains en cause : stress de l'équipage, problèmes majeurs de compréhension (langue parlée) et de communication. « *L'enquête révéla la non prise en compte du commandant de bord des doutes émis par son officier pilote et son mécanicien navigant* ». Il a par ailleurs enfreint une règle fondamentale, puisqu'il a outrepassé l'autorisation de décollage du Boeing.

Le rapport du crash de Ténérife incrimine le pouvoir absolu, autocratique dont disposait le pilote il y a de ça 30 ans. Sa parole faisait foi, et ce, qu'elles que soient les circonstances.

Dans un documentaire sur cette catastrophe diffusé sur National Geographic Channel, un témoignage raconte que le pilote bénéficiait d'une aura quasi divine, il était le visage de la compagnie, et sa parole ne pouvait être contestée. Le crash a transformé en profondeur la façon de former les commandants de bord, par un discours qui encourage l'écoute et l'opinion de ses collaborateurs : « *tu es un être humain et tu peux commettre des erreurs, même sans le vouloir, et même en étant très qualifié.* » (30)

En réalité, le constat a été fait que « *70% des accidents étaient dus à des erreurs humaines et qu'environ 7 erreurs sont commises par heure de vol* ». (31)

« *Partant de ces faits, il convient de mettre en place une méthode/un concept permettant de rattraper ses erreurs.* » « *Le but est en effet d'utiliser les ressources humaines à sa disposition le plus efficacement possible, tout en communiquant de façon précise et en appliquant des procédures, afin d'assurer la sécurité du vol (le but ultime). En effet, l'un ne va pas sans l'autre.* »

Ces compétences s'ajoutent aux compétences techniques et à des compétences dites de procédures.

Ces 2 secteurs, aéronautique et nucléaire, sont parmi les plus sécurisés si on les compare au secteur de la santé, et c'est pourquoi il importe de comprendre ce qui a permis de réduire ces risques afin de s'inspirer de ces techniques et d'en extraire le meilleur. La check-list constitue un outil commun à ces différents secteurs ; par ailleurs, une autre pratique intéressante est en pleine expansion à l'hôpital depuis quelques années : la simulation en santé.

La simulation médicale pour limiter les erreurs de prise en charge

Utilisée depuis des décennies dans l'aéronautique, les premiers simulateurs de vol datent du début du 20^{ème} siècle. D'autres secteurs comme celui de l'énergie recourent à ce type d'exercices. Electricité De France (EDF) dispose de simulateurs de pilotage de réacteurs nucléaires pour entraîner les équipes à diriger un système complexe. Les simulateurs placent les agents dans un environnement reconstitué au plus près de la réalité. Les forces de l'ordre, quant à elles, peuvent organiser des simulations de prise d'otage. Tous ces secteurs ont un point commun avec le bloc-opératoire : il s'agit d'activités à risques.

« Jamais la première fois sur le patient »

Dès 1910, des soins de nursing sont enseignés sur des mannequins de bois à des élèves infirmières anglaises. Au cours des années, cette pédagogie se développera dans divers pays, les mannequins se feront plus sophistiqués jusqu'aux mannequins haute-fidélité actuels assistés par ordinateurs. Les enseignants observent et pilotent l'expérience de l'autre côté d'une vitre sans tain. Ils peuvent modifier en direct la séquence, programmée à l'avance, du comportement et des réactions physiologiques du mannequin. Les mannequins seront parfois entourés d'acteurs complices simulant des malades ou des soignants si bien que les participants ont réellement l'impression d'être dans la situation. Une étudiante en soins infirmiers témoigne de son expérience en simulation dans un magazine : « Le patient est arrivé accompagné par le service d'aide médicale d'urgence, des infirmiers nous ont transmis les informations et, après quelques secondes de flottement, je me suis rapidement mise en situation. [...] Nous avons rapidement oublié les accessoires et les caméras, le scénario étant vraiment réaliste et évolutif. De plus nous connaissions le matériel, ce qui nous a conduits à ressentir les mêmes sensations qu'au travail. » (32)

La simulation est aujourd'hui un outil pédagogique en plein essor, elle offre un environnement d'apprentissage en sécurité, sans conséquence néfaste pour le patient. Le slogan « jamais la première fois sur le patient », leitmotiv des formateurs, a permis le développement de la simulation dans les universités et instituts de formation avec l'appui des pouvoirs publics.

Les formateurs, qui adoptent une attitude bienveillante et ouverte, permettent aux apprenants de réfléchir, et de questionner leurs pratiques notamment lors d'un débriefing, étape indispensable en simulation. Cette méthode favorise ainsi le raisonnement clinique des participants. Elle permet d'acquérir des compétences techniques et non techniques dans de nombreuses situations. Toutefois, la maîtrise des gestes techniques n'est pas l'objectif principal de ce genre d'entraînement. « *Ils connaissent tous ces gestes. Nous cherchons plutôt à améliorer la coordination et l'organisation de la prise en charge dans une situation de stress* », explique Sébastien Pili-Floury, médecin anesthésiste et enseignant de Besançon. (33)

Le travail d'équipe, la communication et la coordination des acteurs sont des éléments essentiels de ces programmes. « *Les risques d'erreurs surviennent le plus souvent aux interfaces entre les disciplines, ce qui justifie de développer des scénarios impliquant les acteurs clés du soin.* » L'enseignement par simulateur peut être transversal et associer pour un même scénario différents cursus, comme des étudiants en médecine et des étudiants infirmiers anesthésistes. Cela favorise les interactions entre les différentes professions de santé, qui, quand elles seront en exercice professionnel seront amenées à travailler entre elles.

« Errare Humanum Est, Perseverare Diabolicum »

Proverbe latin attribuée à Sénèque, qui signifie - l'Erreur est humaine, persévérer dans l'erreur est diabolique.

Les erreurs sont indissociables du comportement humain et il est utopique d'imaginer pouvoir les supprimer. La sécurité d'une organisation ne doit donc pas reposer sur l'absence des erreurs des professionnels. Cependant, il est tout à fait concevable de les réduire, de limiter leurs gravités et de prévenir certaines erreurs. Les différentes méthodes citées : check-list, RMM, ainsi que la simulation en santé, sont autant de moyens de prévention ou d'apprentissage de ses erreurs ou de celles des autres. Confucius disait : « *L'homme sage apprend de ses erreurs, l'homme plus sage encore apprend des erreurs des autres.* »

Mais encore faut-il admettre que l'on ait commis une erreur, ce qui n'est pas chose aisée. Aussi, il est compréhensible que la personne responsable de l'erreur ait l'intention de la dissimuler. En effet, admettre son erreur pourrait être ressenti comme l'exposition d'une faiblesse au regard des autres, de plus les professionnels pourraient craindre des sanctions de leur hiérarchie. Ils peuvent aussi s'imaginer être en danger s'ils rapportent ce qu'ils voient comme erreurs chez les autres lors des soins. Une étude réalisée en Tunisie sur la réponse non punitive à l'erreur et la liberté d'expression des soignants, notifie dans ses conclusions que

« le changement de la culture de blâme et de négligence s'avère primordial afin d'offrir un climat où le professionnel de la santé se sent libre de s'exprimer et de notifier son point de vue. Ceci va permettre de relever certains problèmes menaçant la sécurité des patients donnant alors l'opportunité d'apprendre de ses erreurs et d'éviter leur reproduction. »(34)

Une culture de sécurité doit être enseignée à tout personnel en charge de patients. Tous ces dispositifs témoignent de l'importance de la communication dans les équipes. Ceux que nous venons d'évoquer ne constituent que quelques moyens parmi d'autres à mettre en œuvre pour limiter l'incidence de ces événements.

Ils ont chacun leur limite, aucun dispositif n'étant parfait. Pour étayer ces propos, il est intéressant d'apprendre que le pilote aux commandes de l'avion dont nous parlions précédemment, était lui-même un formateur et référent à la simulation au vol. L'instructeur se serait soustrait à l'autorisation de décollage parce qu'il n'y avait pas de contrôleur aérien fictif au simulateur de vol, or c'est là qu'il avait passé les trois derniers mois. Le temps passé sur simulateur l'aurait desservi.

Si toutes ces actions mises en place sont perfectibles, c'est bien leur complémentarité qui assurera une sécurité optimale du patient. Nous avons observé que pour une part importante, ce sont le cumul et l'enchaînement de circonstances qui provoquent l'accident. Des barrières doivent être érigées pour se prémunir de ces risques, et ce, avec la collaboration de tous les acteurs du bloc-opératoire.

La communication comme remède, études récentes.

Afin de conclure ce cadre conceptuel, nous allons resituer cette thématique au cœur de l'actualité. Voici deux exemples d'études expérimentales publiées cette année, illustrant des axes d'amélioration dans le domaine de la communication, toujours dans l'objectif de limiter les événements portant préjudice au patient.

Communiquer mieux par le jeu : Le Com scape, escape game

Ce premier exemple témoigne d'une démarche novatrice et surprenante entreprise par un médecin du CHU d'Amiens. Ce jeune anesthésiste, Benjamin Terassi est passionné par les escapes-games, ces jeux d'évasion où les participants doivent s'extraire d'une pièce en résolvant des énigmes. Au fur et à mesure que lui et ses amis s'évadent des salles, ils gagnent en efficacité, notamment en interagissant davantage. C'est ainsi que lui vint l'idée

de monter de toute pièce un scénario spécialement pensé pour ses collègues du bloc opératoire. Son but : améliorer la communication, renforcer le travail d'équipe et la sécurité des patients. Le centre de recherche de son établissement va mettre à disposition les moyens nécessaires à la réalisation de son projet. Au final 120 personnes (chirurgiens, anesthésistes et infirmiers) participeront au «COM SCAPE ». L'objectif est largement atteint puisque « *le score de communication des personnes s'étant adonnés à l'exercice s'améliore de 15 % en moyenne* ». Or ces performances groupales créées ont eu un effet direct sur la sécurité du patient. « *On a constaté une baisse importante du nombre d'événements indésirables attribués à la communication, de l'ordre de 40 %.* » (35)

Témoin de l'intérêt professionnel suscité, le jeu « COM SCAPE », comprenez « le Jeu d'évasion par la Communication », sera présenté cet automne par son créateur, au prestigieux congrès de la SFAR. (Société Française d'Anesthésie et Réanimation).

L'Etude Charmed (acronyme anglais pouvant se traduire par « vérifications croisées systématiques aux urgences pour diminuer le taux d'erreurs médicales ».)

Ce second et dernier exemple que nous citerons ne concerne pas le bloc opératoire mais le service des urgences. Il est toutefois intéressant de se pencher sur cette étude, car son procédé n'a nécessité aucun matériel particulier, il est simple à mettre en œuvre et a cependant fait les preuves de son efficacité. Il s'agit d'une étude randomisée effectuée au centre hospitalo-universitaire de Grenoble ainsi que dans un ensemble d'hôpitaux universitaires à Paris (AP-HP) et dont les résultats sont parus en avril 2018. Cette étude porte sur les erreurs médicales aux urgences. Les médecins exerçant dans ce service sont confrontés à tous types de patients, de pathologies et doivent émettre des diagnostics et la thérapeutique associée dans un temps parfois très limité. Jusque-là les erreurs médicales étaient de l'ordre de 10%. L'étude en question visait à évaluer l'impact des vérifications croisées. Ces vérifications ont consisté en de très courtes réunions des médecins (autour de 10 mn, 3 fois par jour), deux par deux, afin d'échanger sur la prise en charge de leurs patients. L'étude réalisée a démontré que le « *risque d'erreur médical aux urgences se réduit de 40%* » lorsque les médecins procèdent à des « *vérifications croisées systématiques et régulières* » (36). Ces échanges entre acteurs de santé, aussi élémentaires qu'ils puissent paraître, bénéficient donc directement aux patients. Depuis cette étude, il a été envisagé d'étendre cette procédure à l'ensemble des services d'urgences de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP).

METHODOLOGIE :

Choix de l'outil :

Nous avons cherché à créer un outil d'enquête accessible à différents professionnels du bloc opératoire.

L'objectif était d'interroger le plus grand nombre de personnes, et de faire émerger les tendances des données collectées. C'est une enquête quantitative avec quelques variables qualitatives.

S'adressant à une population hétérogène, nombreuse, regroupant des professions diverses, il était indispensable d'utiliser un langage commun et d'aborder des thèmes connus de tous. Les questions se devaient d'être uniformes et identiques d'un individu à l'autre, indépendamment de la profession de chacun. Le questionnaire est apparu comme un outil idéal pour toucher cette population.

S'agissant de thèmes potentiellement délicats à aborder, notamment sur les questions relatives à la sécurité, ou encore sur les relations entretenues avec ses collègues, nous avons préféré opter pour un questionnaire. Il confère de nombreux avantages, et évite notamment certains biais qu'on peut retrouver dans les entretiens : peur du jugement, question orientée, etc. De plus, le questionnaire permet de conserver l'anonymat et préserve par conséquent l'authenticité et la fiabilité des réponses.

Aucune réponse n'a été rendue obligatoire dans le questionnaire, il se pourrait qu'un répondant ne puisse répondre à tous les items pour divers motifs : situation jamais rencontrée, pas d'avis ou d'idée sur la question.

La population :

La sélection s'est faite en ciblant les principaux acteurs du bloc opératoire intervenant autour du patient lors d'actes opératoires classiques. Ceux qui sont amenés à travailler ensemble tout au long de leur journée et qui vont prendre en charge le patient lors de son parcours au bloc.

Critères d'inclusion :

Il s'agit des infirmiers, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes, aides-soignants, internes, médecins anesthésistes, et chirurgiens.

Critères de non inclusion :

Ont été exclus de l'enquête les étudiants infirmiers de bloc opératoire, les étudiants infirmiers anesthésistes, et les externes. Afin d'éviter un biais lié à une expérience peut être trop courte pour certains d'entre eux.

Critères d'exclusion :

Seront exclus de l'enquête, tout participant ne répondant pas aux critères précités.

Les questionnaires insuffisamment complétés ne seront pas retenus.

Terrain d'enquête :

Le terrain a pris place dans tout établissement français du secteur public ou privé, ayant une activité de bloc opératoire. Il s'agit d'une enquête multicentrique.

Les données recueillies lors de cette étude sont entièrement anonymes. Aucune donnée identifiante de l'établissement ou des professionnels n'a été recueillie.

L'étude est multicentrique afin de ne pas rencontrer le biais de l' « effet centre ». Il s'agit de lisser les spécificités qui pourraient apparaître dans le cas où uniquement un bloc opératoire ou un seul établissement est analysé.

Le but de l'étude étant de faire ressortir des tendances, et non pas d'explorer l'opinion détaillée de quelques personnes, l'échelle se voudra davantage nationale que locale.

Format de l'outil d'enquête :

Une version dématérialisée du questionnaire permettra cette diffusion à une plus grande échelle par rapport à une version papier.

Le formulaire « Google Form » utilisé offre de nombreux avantages, il est relativement intuitif à l'utilisation, gratuit, et permet de recueillir les réponses des participants en temps réel. Il est possible d'être informé par mail dès qu'une nouvelle réponse est ajoutée. Des graphiques illustrent de façon très visuelle les réponses.

De plus, la base de données collectée est exportable sur un tableur Excel. Elle permettra d'exploiter certaines données complexes notamment en réalisant des tableaux croisés dynamiques.

Composition du questionnaire :

Basé sur le volontariat, le questionnaire se devait d'être court et simple, le taux de réponse étant inversement proportionnel à la durée que l'on passe à le compléter.

Le questionnaire se compose de 27 questions courtes composées de cases à cocher. Il se compose de 5 parties :

1. Identification du professionnel : questions 1 à 5.

L'objectif de ces premières questions est de dresser un profil du professionnel : profession, âge, sexe, durée d'exercice professionnel, secteur public ou privé de son établissement.

2. Cohésion d'équipe : Questions 6 à 8.

Ces questions traitent de l'équipe, du travail d'équipe. Les professionnels ont-ils un sentiment d'appartenance à l'équipe, comment jugent-ils la collaboration entre l'équipe paramédicale et médicale ? Comment perçoivent-ils l'entraide dans leur bloc opératoire ?

3. Relations interpersonnelles, communication et risque d'erreur : questions 9 à 16.

Nous tenions à obtenir des informations sur la qualité de communication qui lie le professionnel aux autres membres de l'équipe selon la profession de chacun, et à obtenir leur perception de la qualité générale de la communication au bloc opératoire.

Nous avons cherché à savoir si la communication était facile ou non, notamment dans des conditions particulières, telle que des situations de stress, d'incompréhension, ou de désaccord entre les protagonistes. Les acteurs du bloc opératoire sont-ils toujours informés d'un éventuel danger apparaissant lors d'une intervention ?

4. Sécurité du patient, report des incidents, accidents questions 17 à 21.

Après ces premières parties portant davantage sur les perceptions des soignants, nous avons souhaité recueillir les pratiques et les expériences vécues du personnel.

Ont-ils déjà vécu une situation au bloc opératoire où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication ? Est-ce que les incidents qui n'entraînent pas de conséquences au patient sont tout de même signalés ? Connaissent-ils la procédure pour déclarer un évènement indésirable ? Ont-ils déjà renoncé à en déclarer un et pour quel motif ? Enfin, est-ce que la check-list du patient au bloc opératoire est toujours renseignée de façon rigoureuse ?

5. La communication au sein du service : questions 22 à 27.

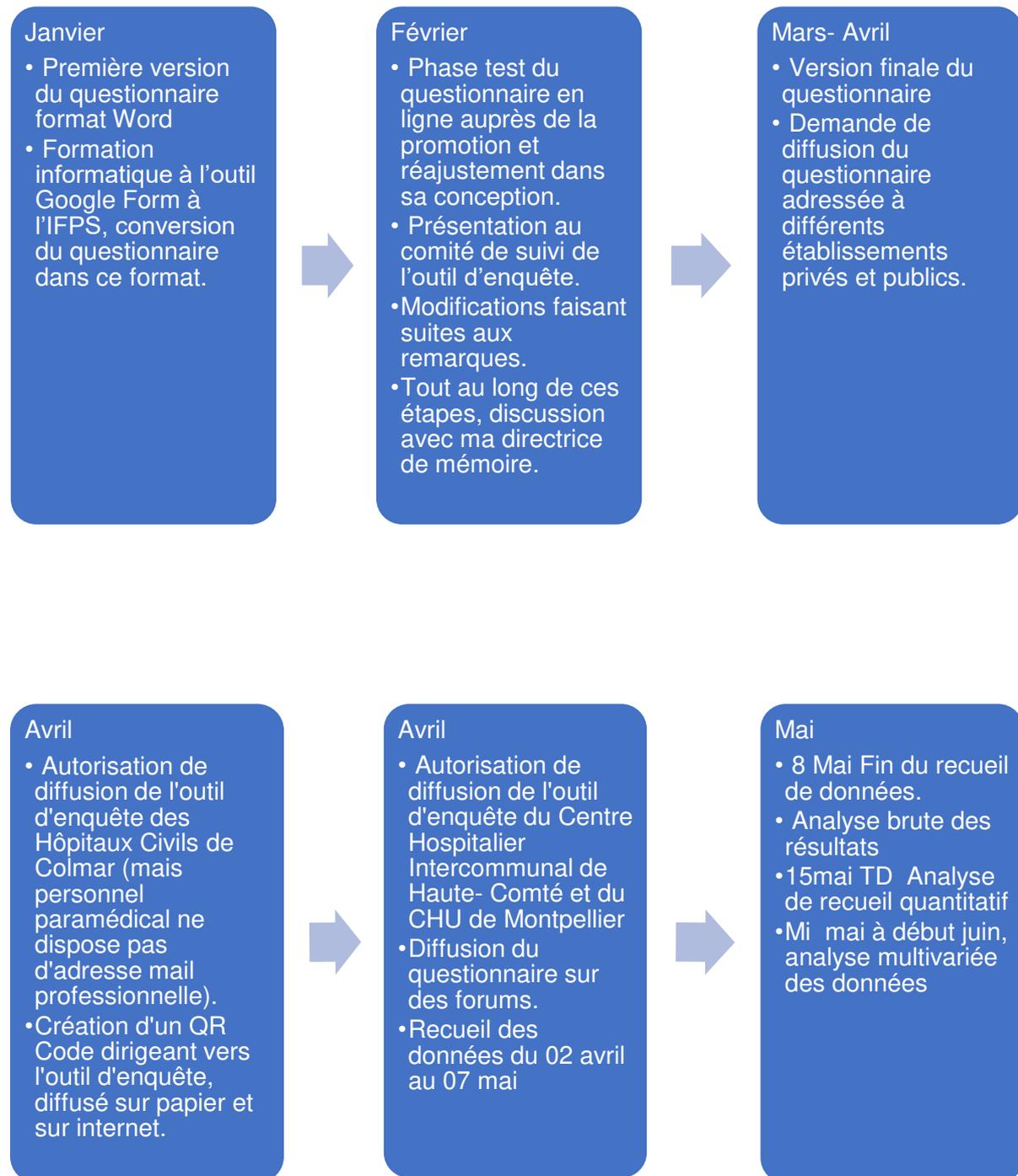
A travers ces dernières questions, nous avons voulu rechercher de façon implicite ce que les cadres de santé, chef de service ou établissements mettaient en place pour garantir l'information de leurs employés. Les services organisent-ils des briefings, débriefings, réunions de service ? Informent-ils les acteurs du bloc opératoire du suivi des incidents ayant pu se produire ?

Est-ce que des formations regroupant différentes catégories professionnelles sont proposées par l'établissement ? Les employés ont-ils eu l'occasion de participer à des exercices en centre de simulation, ou à un entraînement impliquant un travail d'équipe ?

Les questions de l'outil d'enquête ne sont pas numérotées. En effet, bien que le temps imparti pour renseigner le questionnaire ait été estimé à 4-5 minutes, le fait de numéroté 27 questions aurait pu décourager les participants.

Privilégiant la dimension quantitative, nous avons préféré ne pas inclure de questions ouvertes, permettant ainsi un traitement statistique des données. L'enquête est quantitative avec des variables à la fois qualitatives (par exemple échelle de likert : d'accord, pas d'accord etc.) et quantitatives (ex : notation de 0 à 5). A la fin du questionnaire, les personnes sondées avaient la liberté d'émettre un commentaire ou non.

Conception chronologique de l'outil d'enquête :



Diffusion du questionnaire :

Mi-mars la demande de diffusion du questionnaire est adressée à différents établissements privés et publics.

Une vingtaine d'établissements sont contactés par mail, peu d'entre eux émettront un avis favorable à notre requête, et ce malgré des relances répétées. Initialement, seuls les Hôpitaux Civils de Colmar, et le Centre Intercommunal de Haute Comté de Pontarlier acceptèrent de participer à l'enquête. Vint se rajouter fin avril à cette liste le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.

Deux grands centres hospitaliers universitaires refuseront la demande, un mentionnant que ce n'était pas la pratique au sein de leur établissement, l'autre invoquant que le refus avait été prononcé après longue réflexion de la direction.

Notre enquête a pu débuter grâce à l'hôpital de Colmar qui a été le premier à répondre favorablement. Informé que le personnel de Colmar ne disposait pas d'adresses professionnelles, nous avons cherché à contacter les professionnels par un autre moyen que par boîte mail. La direction proposa de procéder à un document papier.

Une version papier aurait été complexe à diffuser puis à collecter. Pour une bonne lisibilité cette option aurait nécessité plus de quatre pages de questionnaires par professionnel. Collecte et retranscription de chaque résultat à des fins statistiques auraient constitué une tâche chronophage au détriment de l'étude elle-même.

Il fallait donc trouver une autre méthode, qui permette d'afficher l'outil d'enquête sur une seule page. Nous décidions alors de créer un « QR Code ». Il s'agit d'un logo carré, code barre à deux dimensions, qui redirige l'utilisateur vers une page internet lorsqu'on le scanne avec son smartphone.

Ainsi il suffisait de flasher le QR code depuis son téléphone pour accéder aux questions.



Figure 2:QR code dirigeant vers le questionnaire

Enfin d'autres moyens de communication ont été déployés afin de diffuser ce questionnaire : par bouche à oreille, mails, contact direct avec du personnel de bloc opératoire, contact avec un secrétariat de chirurgie pour obtenir les adresses mails de chirurgiens.

En ce qui concerne les hôpitaux de Pontarlier et de Montpellier, la direction s'est chargée de transmettre l'outil d'enquête aux cadres de santé responsables des blocs afin de le diffuser au personnel concerné.

La diffusion s'est faite simultanément sur des pages de réseaux sociaux dédiées à certaines professions comme les IBODE, IDE, médecins anesthésistes en contactant les administrateurs afin qu'ils affichent le questionnaire sur leur site. De la sorte, nous pouvions espérer toucher du personnel d'établissements privés.

Avant de débiter le traitement des données obtenues, nous avons clôturé le sondage, et figé les résultats en mettant fin à la possibilité de répondre au questionnaire.

Le lien internet et le QR code sont toujours actifs, en revanche les personnes dirigées vers le questionnaire recevront un message personnalisé indiquant que l'enquête a pris fin.

Méthodologie et Analyse des résultats :

Parmi 27 questions, 2 n'apportaient pas d'éléments intéressants à exploiter quant à l'objet d'étude, par conséquent elles seront exclues de l'analyse. Partant d'une analyse descriptive, nous approfondirons certains points de la recherche en croisant plusieurs données de l'enquête par une analyse multivariée.

Ces analyses statistiques complémentaires s'effectueront en utilisant des tests disponibles via un tableau de contingence issu du site « Biostat TGV ».

Le principal test utilisé, le « Chi2 », est un test qui permet de déterminer si une variable est associée à une autre grâce à des lois de probabilités.

En comparant ces groupes, nous émettrons 2 hypothèses :

- « *L'hypothèse nulle ou H_0 - est, comme son nom l'indique, une hypothèse qui postule qu'il n'y a pas de différence entre les fréquences ou les proportions des deux groupes.* »(37)

-L'hypothèse alternative, si l'hypothèse H_0 est rejetée, « *postule qu'il existe une différence entre les fréquences des deux groupes, différence qui ne serait pas due au hasard.* »

Pour rejeter l'hypothèse nulle et obtenir une dépendance des variables statistiquement significative, le résultat du test effectué, portant le nom de « p-value » doit être inférieur à 0.05 soit <5%.

RESULTATS :

Je m'attacherai à effectuer dans cette partie, une analyse descriptive des résultats les plus pertinents.

434 questionnaires ont été renseignés. Deux questionnaires ont dû être exclus car les participants n'entraient pas dans les critères initiaux, et ce, pour les motifs suivants :

- Une personne avait mentionné en commentaire être étudiant IBODE. (Les étudiants IBODE ne font pas partie des professionnels consultés dans le cadre de l'enquête.)
- Un questionnaire émanait d'une IADE exerçant en Suisse. (Nous avons conservé une échelle nationale à l'enquête).

Ainsi, 432 questionnaires ont été analysés.

Le taux de remplissage est supérieur à 97% pour la plupart des questions.

Nombre de sujets selon le sexe :

Les 432 réponses sont réparties selon le sexe de la façon suivante :

350 femmes et 82 hommes. Les femmes représentent 81% des répondants et les hommes 19%.

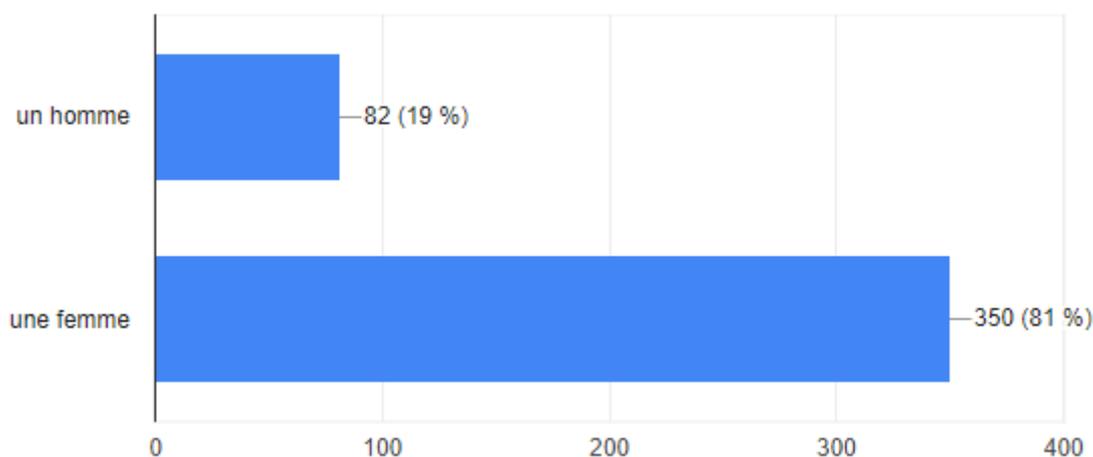


Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe

Les professions :

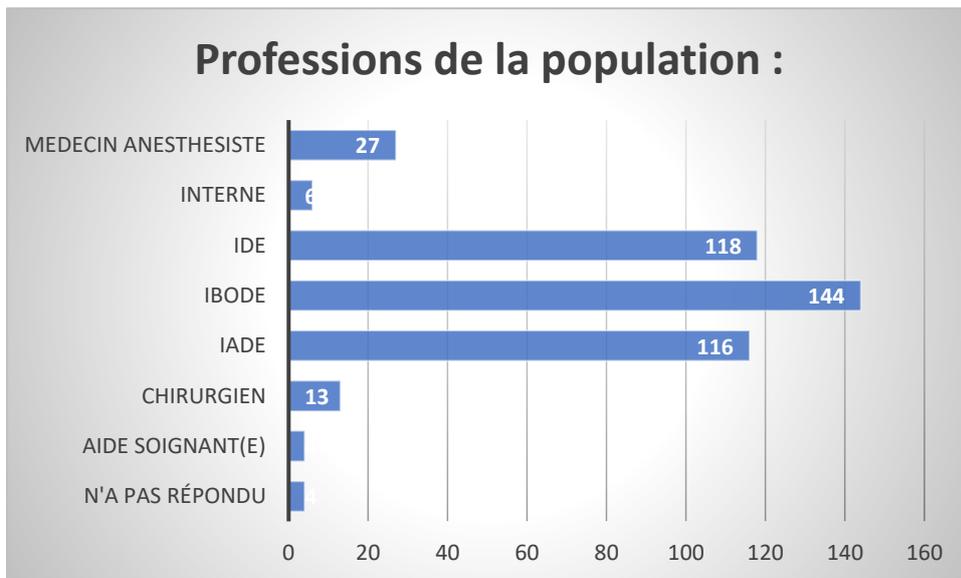


Figure 4: Professions de la population étudiée

Par ordre croissant en nombre de professionnels du bloc opératoire ayant répondu à l'enquête, on dénombre :

- 144 IBODE soit 33,3%
- 118 IDE soit 27,3%
- 116 IADE soit 26,8%
- 27 MAR soit 6,2%
- 13 CHIRURGIENS soit 3%
- 6 INTERNES soit 1,4%
- 4 AS soit 0,9%
- 4 personnes n'ont pas répondu à cette question soit 0,9%

L'âge des professionnels de santé :

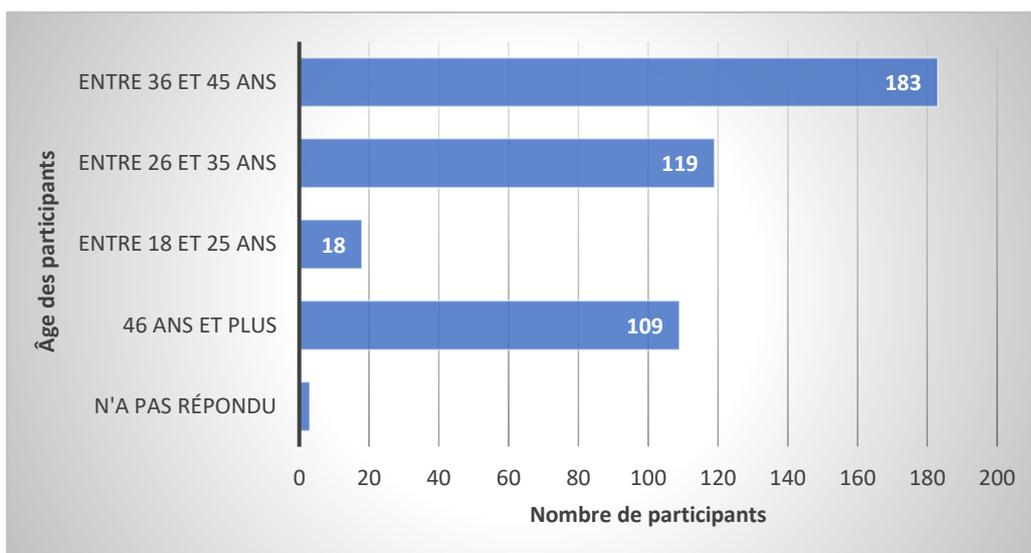


Figure 5 : Âge des professionnels de santé de l'étude

Différentes populations d'âge ont participé au sondage. 183 participants ont entre 36 et 45 ans (42.3%), 119 ont entre 26 et 35 ans (27.5%), 109 ont 46ans et plus (25.2%), 18 ont entre 18 et 25 ans (4.2%), 3 n'ont pas répondu (0.6%).

Durée d'exercice de l'activité professionnelle dans le bloc-opératoire :

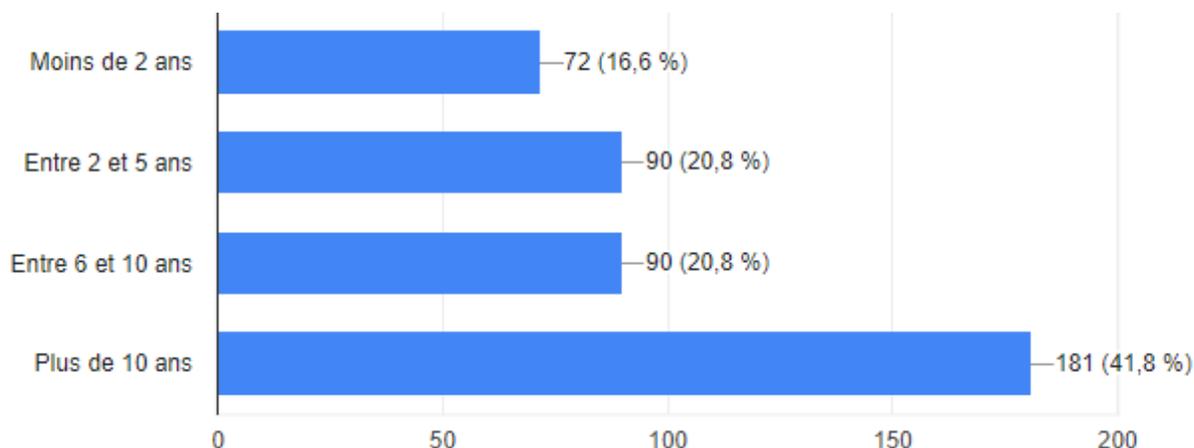


Figure 6: durée d'exercice de l'activité professionnelle au bloc opératoire

La majorité des professionnels de l'échantillon ont une expérience égale ou supérieure à 10ans (41.8%). Cependant, ils sont nombreux dans toutes les catégories proposées. Dans l'ensemble, la durée d'exercice est relativement variée, d'une expérience courte à très longue. Il est à préciser que les professionnels ont mentionné l'expérience dans leur bloc-opératoire, et non pas leur expérience totale qui peut s'avérer plus longue.

Les acteurs du bloc-opérateur interrogés exercent dans un établissement du secteur :

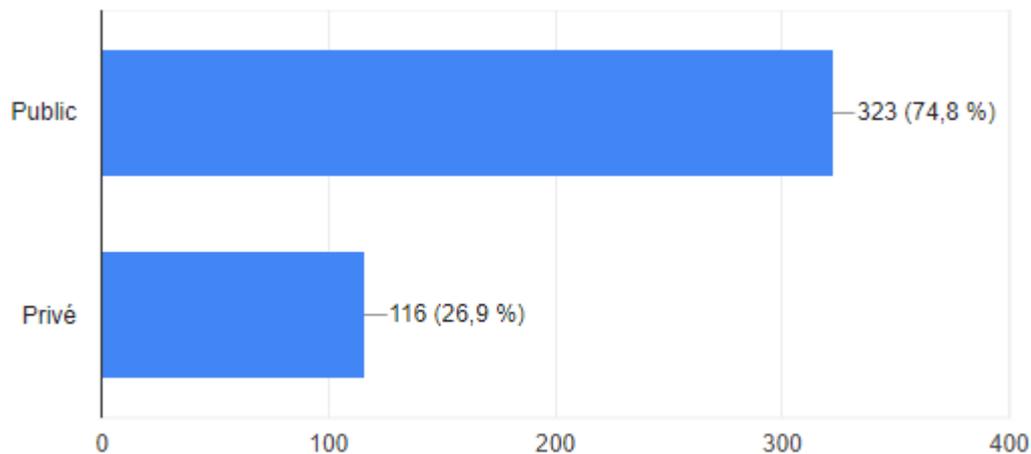


Figure 7: Provenance par secteur des différents acteurs du bloc opératoire

74.8% des participants exercent dans un établissement du secteur public, 26.9% exercent en secteur privé.

La direction des établissements ayant répondu officiellement à ma demande de diffusion sont tous issus du secteur public. Les données du privé ont donc été obtenues intégralement grâce à la diffusion sur internet notamment par le biais de réseaux sociaux.

Les professionnels du privé seront suffisamment nombreux pour permettre d'établir des distinctions entre secteur public et privé, si toutefois il en existe.

Notons que le total représente plus de 100%, soit 101,7% pour être exact. La base de données a permis de repérer que 3 hommes et 4 femmes exerçaient dans les deux secteurs à la fois (1 CHIR, 2 IADE, 1 MAR, et 3 IBODE). Une IBODE de ce groupe le justifia en mentionnant dans la partie « commentaire » qu'elle était intérimaire.

A la question « je sens que je fais partie intégrante de cette équipe », les participants ont répondu :

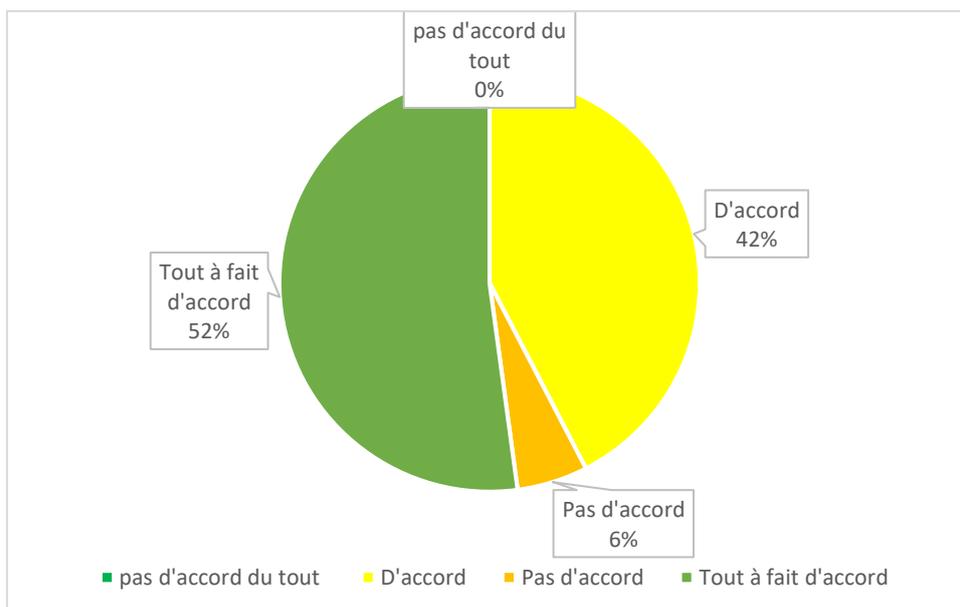


Figure 8 : Sentiment d'appartenance à l'équipe du bloc opératoire.

Après avoir établi le profil des professionnels, nous entrons dans le vif du sujet avec une première question sur leur ressenti. Pour compléter les données initiales ci-dessus, nous avons créé un tableau croisé dynamique reprenant le sentiment d'appartenance à l'équipe en fonction de la profession des participants :

Je sens que je fais partie intégrante de cette équipe :		AIDE SOIGNANT(E)	CHIRURGIEN	IAD E	IBODE	IDE	INTERNE	MEDECIN ANESTHESISTE	Total général
N'ont pas répondu*	0			3	4	1		2	10
D'accord	3	2	4	55	55	49	4	7	179
Pas d'accord		1		3	10	9			23
Tout à fait d'accord	1	1	9	55	75	59	2	18	220
Total général	4	4	13	116	144	118	6	27	432

Tableau 1: Sentiment d'appartenance à l'équipe en fonction de la profession

(*Personnes n'ayant pas répondu à l'une des deux variables examinées.)

On remarque que la plupart des professionnels ont ce sentiment d'appartenance à l'équipe, mais 23 professionnels ne partagent pas cette impression, ce sont exclusivement des paramédicaux : AS, IADE, IBODE, IDE. Les données collectées dévoilent que ces derniers exercent aussi bien dans le privé que dans le public. La durée d'exercice au BO n'a pas d'incidence sur le sentiment d'appartenance à l'équipe.

10 personnes n'ont pas répondu à cette question. Ainsi sur 422 questionnaires, aucun acteur du BO n'a répondu « ne pas être d'accord du tout » avec cette affirmation.

La collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale est :

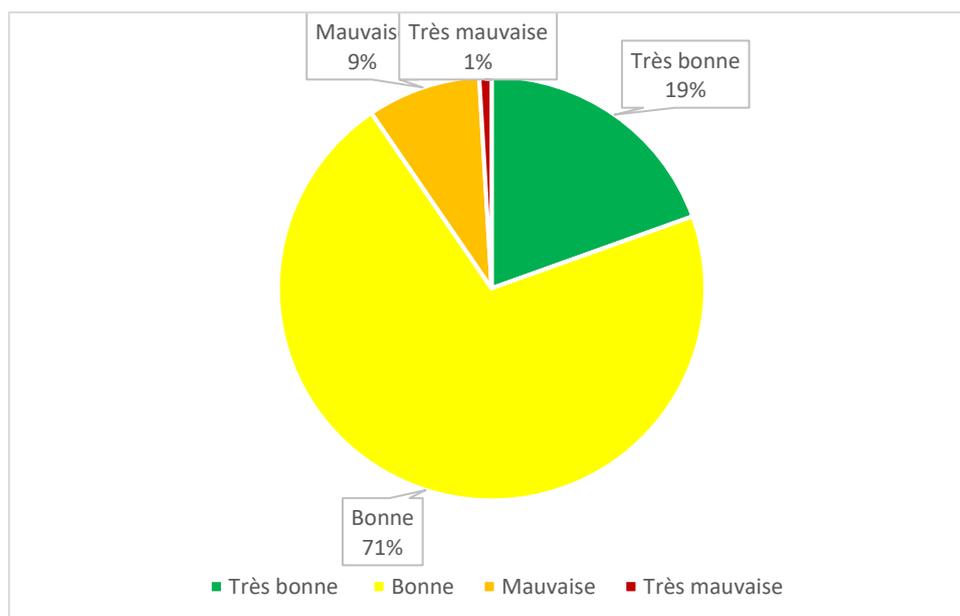


Figure 9: Collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale

391 personnes (90.5%) estiment la collaboration bonne voire très bonne.

37 participants la jugent mauvaise. (8.5%). 4 personnes (0.9%) estiment que la collaboration entre équipe médicale et paramédicale est très mauvaise.

Ces résultats sont plutôt rassurants, la collaboration dans le secteur public est relativement proche de celle du secteur privé. (Voir tableau croisé dynamique ci-dessous).

La collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale est :		Privé	Public	Public, Privé	Total général
N'a pas répondu	0		1		1
Bonne	1	80	219	6	306
Mauvaise		6	30	1	37
Très bonne		23	61		84
Très mauvaise			4		4
Total général	1	109	315	7	432

Tableau 2: Perception de la collaboration entre équipe médicale et paramédicale selon le secteur d'activité du professionnel interrogé

Votre profession :		Bonne	Mauvaise	Très bonne	Très mauvaise	Total général
N'a pas répondu		2		2		4
AIDE SOIGNANT(E)		2	1		1	4
CHIRURGIEN		5		8		13
IADE	1	80	6	28	1	116
IBODE		103	18	21	2	144
IDE		96	11	11		118
INTERNE		5		1		6
MEDECIN ANESTHESISTE		13	1	13		27
Total général	1	306	37	84	4	432

Tableau 3: Perception de la collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale en fonction de la profession

Le tableau ci-dessus croise cette notion de collaboration en fonction du professionnel ayant répondu. Nous constatons que :

2,2% du personnel médical (internes, médecins anesthésistes et chirurgiens) estime la collaboration entre équipe médicale et paramédicale mauvaise. (1/46)

9.4% (36/382) du personnel paramédical (AS, IDE, IBODE, IADE) estime mauvaise la collaboration entre équipe médicale et paramédicale 1% la jugent très mauvaise. (4/382)

L'entraide entre les différents membres de l'équipe du bloc opératoire est :

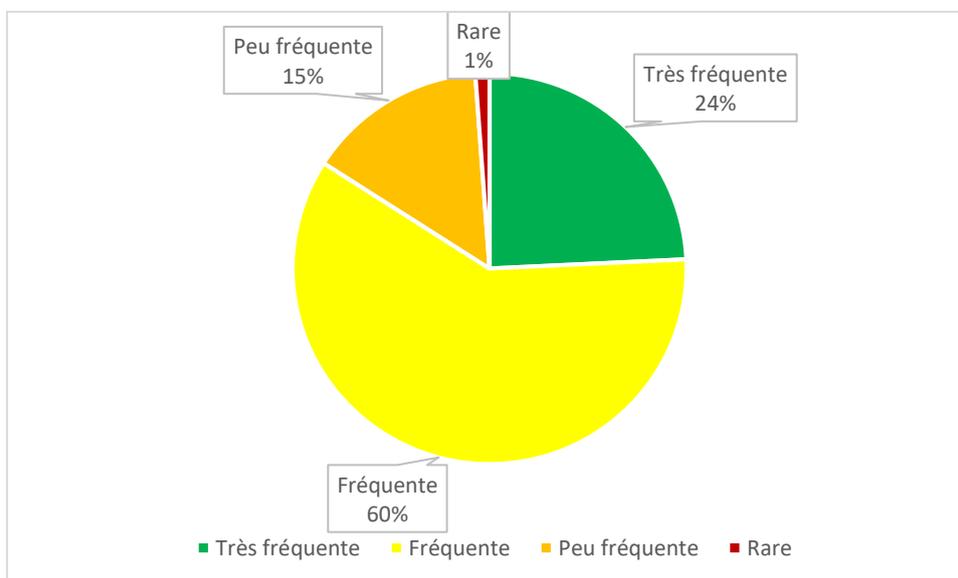


Figure 10 : Perception de l'entraide entre les différents membres du bloc opératoire

- 5 personnes (1,1%) estiment qu'elle est rare.
- 64 personnes (14,7%) estiment qu'elle est peu fréquente.
- 259 personnes (59,8%) estiment qu'elle est fréquente.
- 105 personnes (24,2%) estiment qu'elle est très fréquente.

Les résultats sont plus nuancés à cette question qu'à celle portant sur la collaboration.

<i>Vous exercez dans un établissement du secteur :</i>		Fréquente	Peu fréquente	Rare	Très fréquente	Total général
N'a pas répondu	0				1	1
Privé		65	13	1	30	109
Public		190	51	4	70	315
Public, Privé		3			4	7
Total général	0	258	64	5	105	432

Tableau 4: Entraide en fonction du secteur d'activité du professionnel

En proportion, il s'avère que l'entraide est équivalente dans les secteurs privés ou publics.

La qualité de la communication entre les participants et les autres acteurs du bloc opératoire :

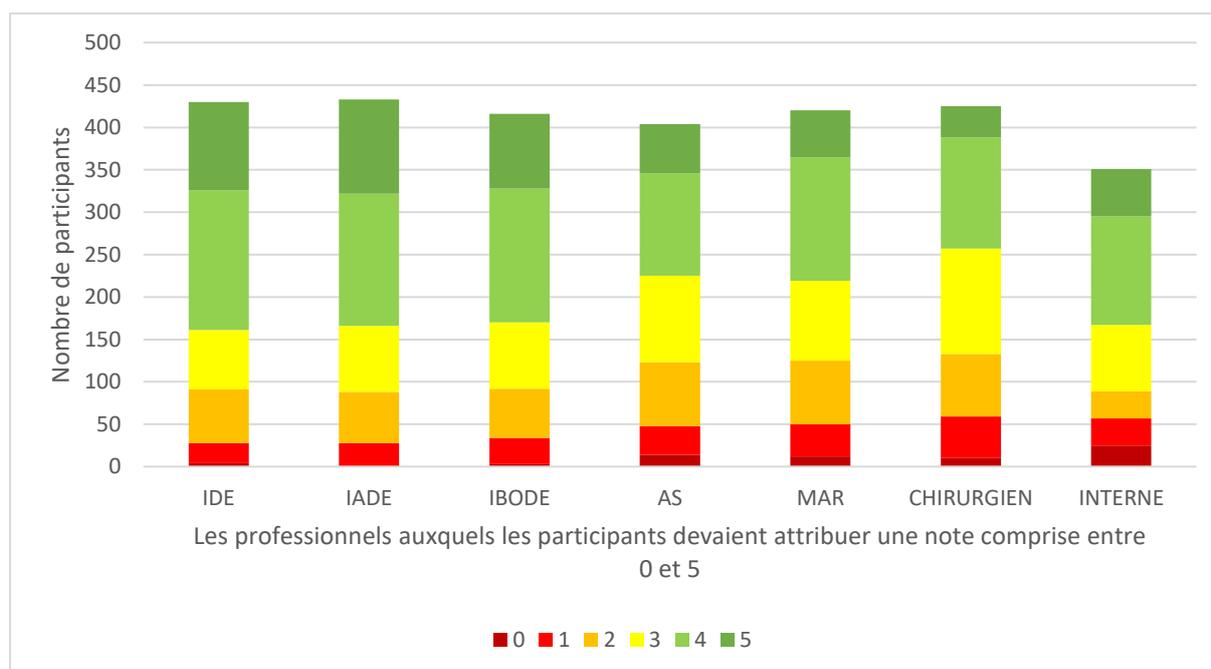


Figure 11: Qualité de la communication entre les participants et les autres acteurs du bloc opératoire

Le barème s'échelonne d'une note de 0 à 5.

0 = Très mauvaise qualité de communication entretenue avec ce professionnel.

5 = Excellente qualité de communication entretenue avec ce professionnel.

Le taux de participation est supérieur à 92%, exception faite de la cotation de la communication entre le professionnel interrogé et l'interne, qui ne recueille que 81% de réponse.

Les résultats ne montrent pas de très grandes variations relatives à la qualité de la communication entretenue avec chaque professionnel.

Les IDE, IBODE, et IADE obtiennent cependant les meilleurs résultats à cette question.

A la question « Sur une échelle de 0 à 5, à combien évaluez-vous la qualité générale de la communication au bloc-opératoire », les participants ont répondu :

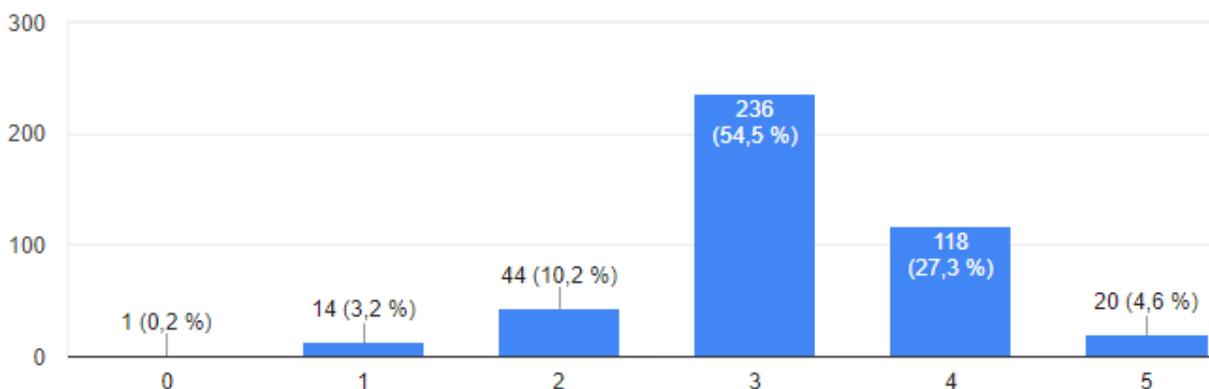


Figure 12: Evaluation de la qualité générale de la communication entre 0 et 5

La qualité générale de la communication au bloc opératoire obtient une note de 3,19/5. Pour mesurer la dispersion de ces notes autour de la moyenne, nous pouvons calculer l'écart-type, il est de 0.817 [2.37-4.00]. Cet écart-type est plutôt faible, ce qui nous permet d'affirmer que l'évaluation qu'on fait les acteurs du BO sur la qualité générale de la communication est assez homogène.

« Le risque que je fasse une erreur dans ce bloc opératoire est plus élevé quand l'ambiance est pesante » :

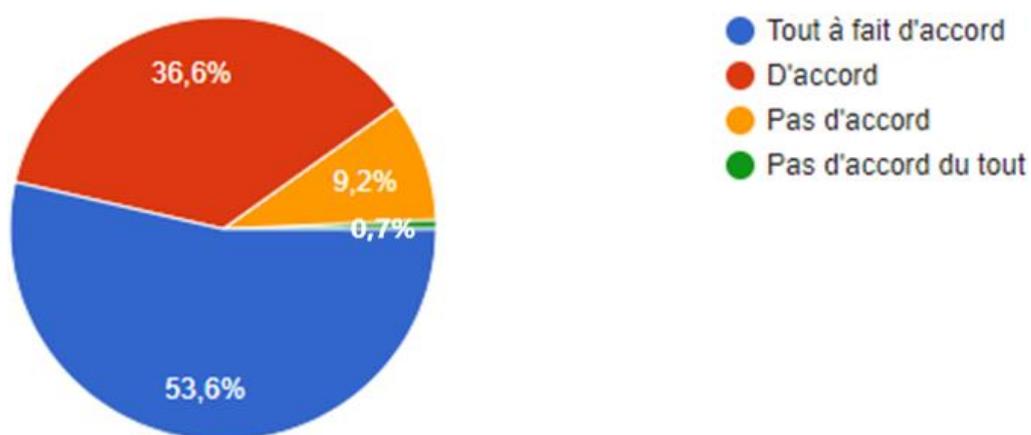


Figure 13: Atmosphère au bloc opératoire et risque d'erreur

90,2% des personnes interrogées estiment qu'ils risquent davantage de faire une erreur quand l'ambiance au BO est pesante. Les résultats ci-dessous ne retrouvent aucune différence significative si l'on compare ce risque par profession. Tous semblent largement partager ce ressenti.

Cependant, 9.9% de la population n'est pas d'accord ou pas d'accord du tout avec cette affirmation. Ils sont notamment représentés par les médecins anesthésistes, ils sont 6/27 à le penser soit 22% des MAR.

Risque d'erreur plus élevé quand ambiance pesante :		AIDE SOIGNANT(E)	CHIRURGIEN	IADE	IBODE	IDE	INTERNE	MEDECIN ANESTHESISTE	Total général
D'accord	2	2	3	40	48	51	1	10	157
Pas d'accord	1	1	1	15	9	6		6	39
Pas d'accord du tout				1	2				3
Tout à fait d'accord	1	1	9	60	85	61	5	11	233
Total général	4	4	13	116	144	118	6	27	432

Tableau 5: Perception par différents professionnels du lien entre l'atmosphère régnant au bloc opératoire et le risque opératoire

Remettre en cause les décisions prises par mes collègues :

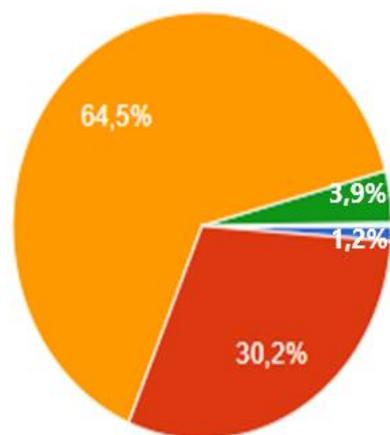


Figure 14: Facilité à remettre en cause des décisions prises par ses collègues

- Très facile
- Facile
- Complicé
- Très compliqué

Pour une grande majorité des professionnels (64.5% des votants), il est compliqué de remettre en cause les décisions prises par ses collègues de travail.

Cela est très compliqué pour 3.9% des répondants.

Ils ne sont que 30,2% à trouver que les décisions prises par leurs collègues sont facilement remises en cause, et uniquement 1.2% à trouver que cela est très facile.

La durée d'exercice dans le BO n'a pas d'influence sur ces difficultés. D'autre part, aucune différence n'est constatée si l'on classe ces données par professions.

Poser des questions quand quelque chose me paraît "inquiétant, anormal ou que je ne comprends pas" est :

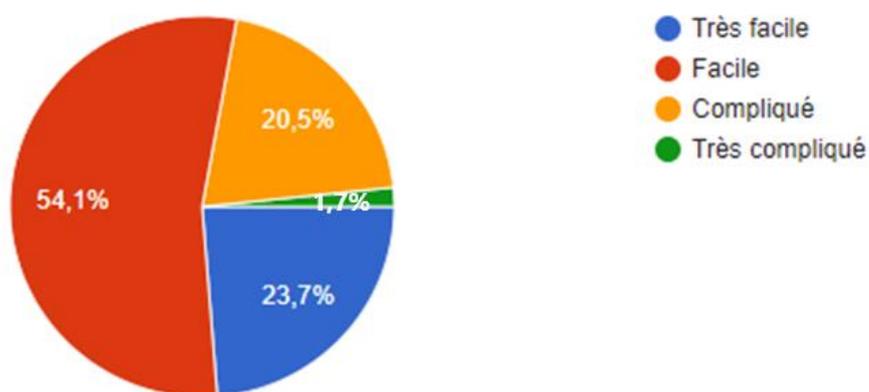


Figure 15: Facilité à poser des questions quand une situation paraît inquiétante, anormale ou incompréhensible pour le professionnel

Poser des questions quand quelque chose me paraît "inquiétant, anormal ou que je ne comprends pas" est :	AS	CHIRURGIEN	IADE	IBODE	IDE	INTERNE	MAR	Total général	
N'a pas répondu	0		1					1	
Compliqué			1	19	32	34	1	2	89
Facile	2	1	6	70	74	62	5	14	234
Très compliqué		1		2	4				7
Très facile	2	2	5	25	34	22		11	101
Total général	4	4	13	116	144	118	6	27	432

Tableau 6: Facilité à poser des questions quand une situation paraît inquiétante, anormale ou incompréhensible en fonction des professionnels interrogés

Nous avons voulu comparer en regard de ce tableau, la facilité ou la difficulté à poser des questions dans ces situations (incompréhension, situation anormale ou inquiétante) selon la profession des participants.

Nous testons l'hypothèse suivante : la facilité à poser des questions dans une équipe du BO se répartit uniformément selon que l'on soit issu d'une profession médicale ou paramédicale. Au-delà de 5% de risque, il ne sera pas possible de rejeter l'hypothèse citée.

Pour effectuer ces calculs, nous séparons les professionnels paramédicaux et médicaux, nous obtenons deux groupes distincts dans une variable (variable profession).

Quant aux réponses, elles sont regroupées entre « très facile » et « facile » dans un groupe et « compliqué », « très compliqué » dans l'autre. Ceci correspond à notre 2^{ème} variable composée également de 2 groupes.

Nous obtenons par le test de Chi2 une p-value à 0.021. Le cas présente donc un intérêt particulier car la « p-value » est inférieur à 5%, la différence entre ces groupes est donc statistiquement significative.

En d'autres termes, cela signifie qu'il est plus compliqué pour le personnel paramédical, comparativement au personnel médical, de poser des questions quand quelque chose paraît inquiétant, anormal ou qu'ils ne comprennent pas.

Dans ce bloc, discuter des erreurs est :

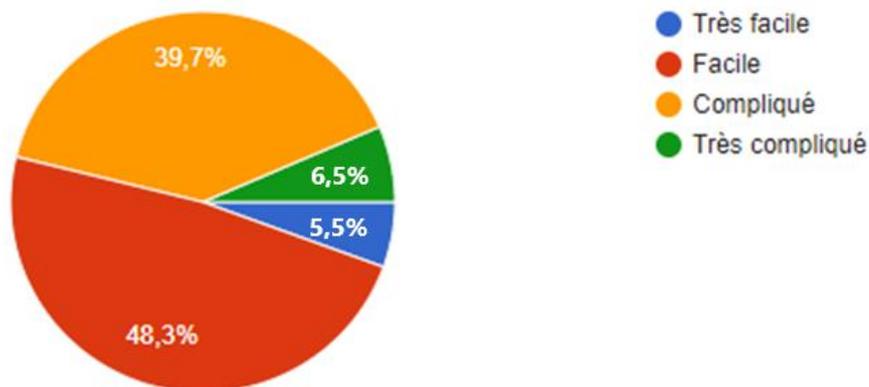


Figure 16: Facilité à discuter des erreurs au bloc opératoire

- Pour 48.3% des répondants discuter des erreurs est facile.
- C'est très facile pour 5.5% de l'effectif.
- Discuter des erreurs est compliqué pour 39.7% des participants et très compliqué pour 6.5%.

Pour cette question nous constatons une distribution des réponses très hétérogène. Il n'y a pas de différence significative entre les réponses des professionnels paramédicaux et médicaux à cette question.

Les situations de stress affectent la qualité de la communication au sein de l'équipe :

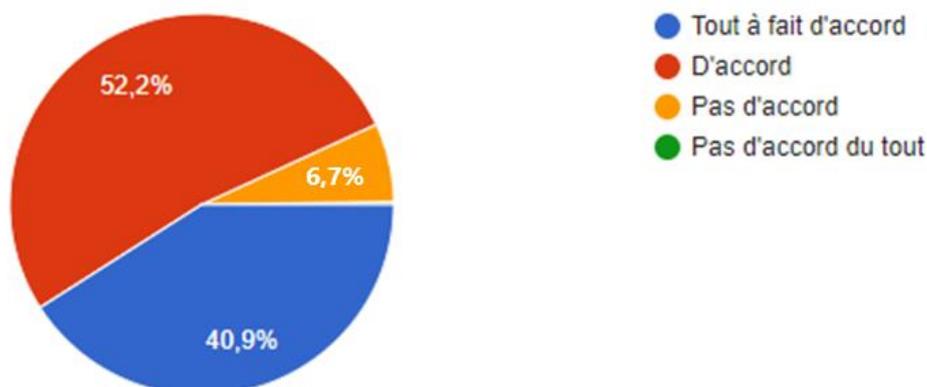


Figure 17: Incidence des situations de stress sur la qualité de la communication au sein des équipes

Une large majorité s'accorde à dire que les situations de stress affectent la qualité de la communication puisque plus de 90% des personnes répondent dans ce sens ; 52.2% sont tout à fait d'accord avec cette affirmation et 40.9% sont « d'accord ».

6.7% des personnes ayant répondu au questionnaire ne sont « pas d'accord » avec cette affirmation.

Les différents membres de l'équipe sont alertés des complications potentielles ou réelles apparaissant lors d'une intervention chirurgicale :

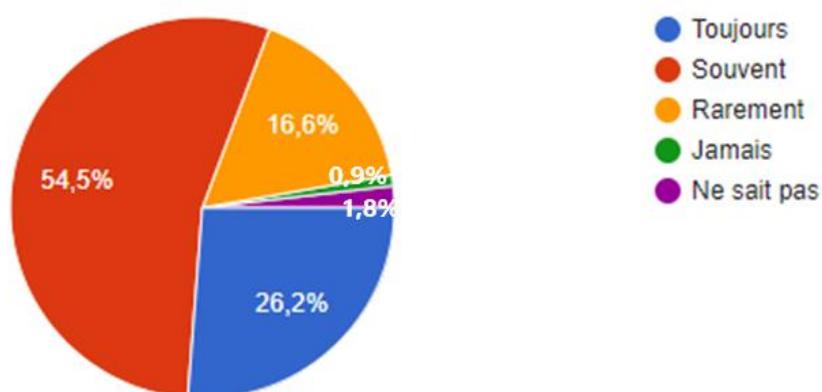


Figure 18: Information des membres de l'équipe en cas de complications apparaissant lors d'une intervention chirurgicale

La plupart des membres de l'équipe sont fréquemment alertés des complications potentielles ou réelles apparaissant lors d'une intervention chirurgicale :

- 54.5% « souvent »
- 26.2% « toujours ».

- 16.6% de l'effectif sont rarement alerté de ces complications.
- 0.9% ne le sont jamais.
- 1.8% ne savent pas.

J'ai connu une expérience professionnelle dans ce bloc opératoire, où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication dans l'équipe :

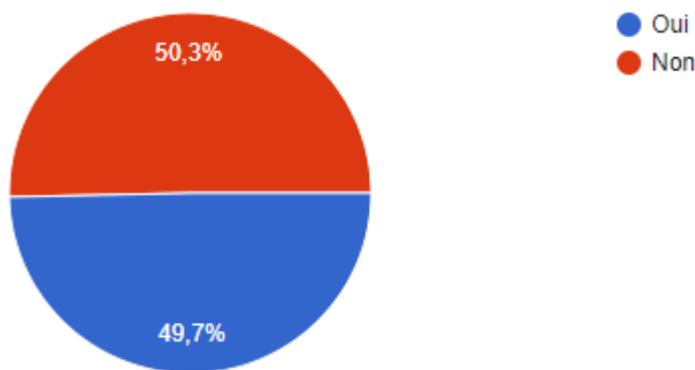


Figure 19: Vécu d'une expérience professionnelle où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication

Au total, ce sont 215 personnes sur 432 qui ont connu une expérience au BO où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication, soit une personne sur deux.

Le tableau qui suit croise deux questions qu'il nous a semblé intéressant d'étudier : d'une part la qualité de la collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale et d'autre part le vécu (ou non) d'une mise en danger du patient en raison d'un problème de communication dans l'équipe.

La collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale est :	Non	Oui	Total général
N'a pas répondu	0	1	1
Bonne	153	153	306
Mauvaise	11	26	37
Très bonne	51	33	84
Très mauvaise	1	3	4
Total général	0	217	215

Tableau 7: Mise en danger du patient en raison d'un problème de communication et collaboration entre personnel médical et paramédical

Suite à la réalisation du test de Chi2, après avoir établi 2 variables et 4 groupes:

- Variable 1 : Mise en danger du patient : OUI/NON.
- Variable 2 : Collaboration équipe paramédicale et médicale : « Bonne et très bonne » contre « mauvaise et très mauvaise ».

Nous obtenons une p- value de 0.005 : la mise en danger du patient est donc corrélée à la perception d'une mauvaise collaboration entre équipe paramédicale et médicale.

A l'inverse, une bonne collaboration entre équipe paramédicale et médicale préviendrait des expériences qui mettent la sécurité du patient en danger.

Les incidents se produisant mais n'entraînant pas de conséquences sur le patient sont signalés :

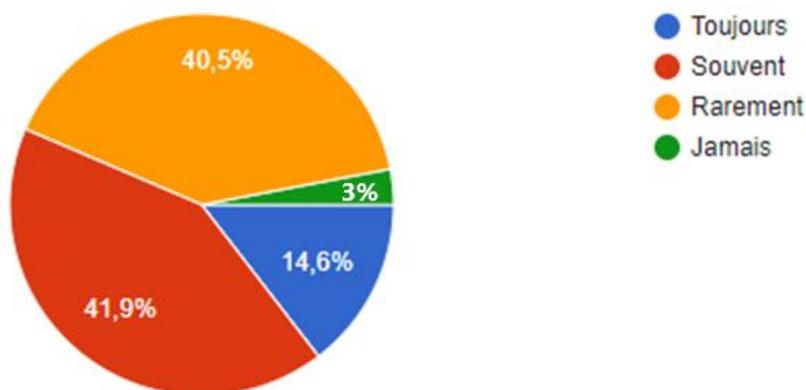


Figure 20: Signalement des incidents n'entraînant pas de conséquences sur le patient

Sur les 432 réponses, 63 personnes ont répondu que ce type d'incident était « toujours » signalé soit 14.6%. Les incidents qui se produisent mais n'entraînant pas de conséquences pour le patient ne sont donc pas systématiquement signalés.

- 181 ont répondu qu'il l'était « souvent » (41.9%).
- 175 ont répondu qu'il l'était « rarement » (40.5%).
- 13 personnes ont répondu que ce type d'incident n'était jamais signalé (3%).

Je sais comment déclarer un évènement indésirable si cela devait se produire :

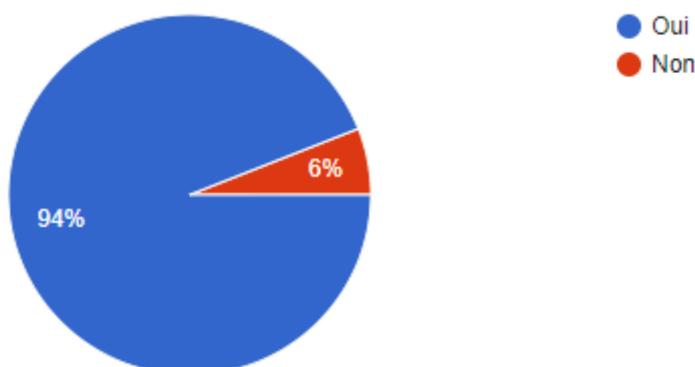


Figure 21: Connaissance de la procédure de signalement d'évènement indésirable

94% de l'effectif sait comment déclarer un évènement indésirable. Sachant que l'effectif total est constitué par une part plus importante d'infirmiers, nous comparerons les valeurs en fonction de la profession du professionnel.

Tableau croisé dynamique :

Votre profession :		Non	Oui	Total général
N'a pas répondu	0		4	4
AIDE SOIGNANT(E)		2	2	4
CHIRURGIEN		5	8	13
IADE		6	110	116
IBODE		2	142	144
IDE		2	116	118
INTERNE		2	4	6
MEDECIN ANESTHESISTE		7	20	27
Total général	0	26	406	432

Tableau 8: Connaissance de la procédure de signalement d'évènement indésirable en fonction de la profession

En proportion, on remarque que ce sont majoritairement les professions médicales qui ne connaissent pas les démarches à suivre pour déclarer un évènement indésirable : 5 chirurgiens sur 13 et 7 médecins anesthésistes sur 20.

J'ai déjà renoncé à déclarer un évènement indésirable :

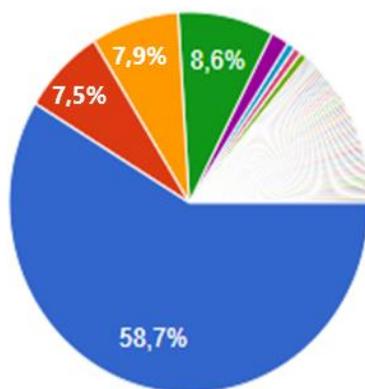


Figure 22: Renoncement ou non à la déclaration d'un évènement indésirable

- Non
- Oui, par crainte d'une sanction
- Oui, par sentiment de culpabilité
- Oui, par peur d'être jugé
- Manque de temps
- Par manque de temps
- manque de temps
- Manque de temps

▲ 1/9 ▼

58.7% des participants n'ont jamais renoncé à déclarer un évènement indésirable pour une raison ou une autre.

En revanche, 7.5% y ont renoncé par crainte d'une sanction, 7.9% par sentiment de culpabilité, 8.6% par peur d'être jugé.

Le manque de temps, item que je n'avais pas prédéfini comme réponse dans le questionnaire est exprimé dans 31 situations, soit 7.5%.

6 personnes évoquent le fait qu'ils ne déclarent plus car ils n'ont pas de retour suite à ces déclarations.

Enfin, d'autres raisons sont évoquées comme : l'oubli, des problèmes liés au logiciel de déclaration, une personne a mentionné le fait de préférer aller voir directement la personne en question. Une autre personne aurait renoncé à déclarer un évènement indésirable car les personnes concernées pouvaient perdre leur poste.

Malgré le fait que 94% de la population étudiée sache comment déclarer un évènement indésirable, 41,3% ont déjà renoncé à en déclarer un.

La check-list HAS est faite de façon rigoureuse lors de l'intervention d'un patient :

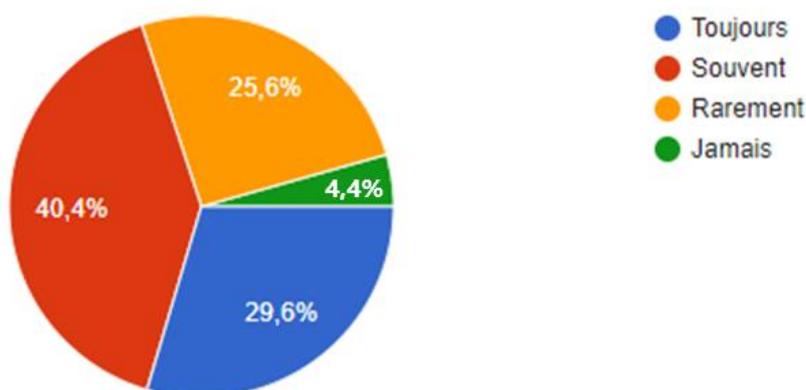


Figure 23 : Rigueur dans la façon de faire la check-list HAS du patient au bloc opératoire

La check-list est « souvent » ou « toujours » faite de façon rigoureuse dans 70% des cas. Elle est « rarement » ou « jamais » faite dans 30% des cas.

Nous allons croiser ces données concernant la Check-List avec la connaissance par le personnel d'un danger imputable à un problème de communication dans l'équipe.

Tableau croisé dynamique :

La Check-List HAS est faite de façon rigoureuse lors de l'intervention d'un patient :	J'ai connu une expérience professionnelle dans ce bloc opératoire, où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication dans l'équipe :	Non	Oui	Total général
Jamais		9	10	19
Rarement		42	69	111
Souvent		96	79	175
Toujours		70	57	127
Total général		0 217	215	432

Tableau 9: Rigueur dans la check-list et expérience de mise en danger d'un patient pour problème de communication

Variable X : check list « souvent » et « toujours » faite de façon rigoureuse dans un groupe (X1), check list « rarement » et « jamais » faite de façon rigoureuse dans l'autre groupe (X2).

Variable Y : Sécurité mise en danger (Y1) ; sécurité non mise en danger (Y2).

Nous obtenons une valeur p (p-value) de 0.002.

Nous pouvons donc en conclure que les professionnels ayant rencontré des situations où le patient aurait été mis en danger en raison de problèmes de communication sont ceux qui décrivent une check-list rarement ou jamais faite de façon rigoureuse.

Je suis informé(e) du suivi des incidents qui ont lieu au bloc opératoire :

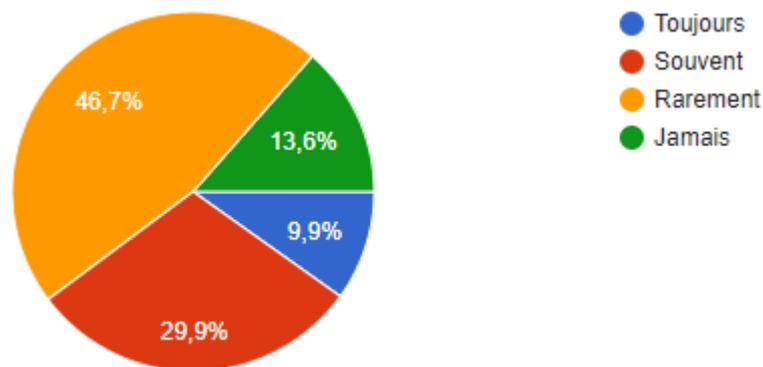


Figure 24: Information du suivi des incidents

Les professionnels sont :

- 46.7% à être « rarement » informés du suivi des incidents survenus au bloc opératoire.
- 13.6% ne le sont « jamais ».
- 29.9% le sont « souvent »
- 9.9% des professionnels sont « toujours » informés des incidents qui ont lieu au BO.

Des réunions de service regroupant l'ensemble des acteurs du bloc opératoire sont organisées :

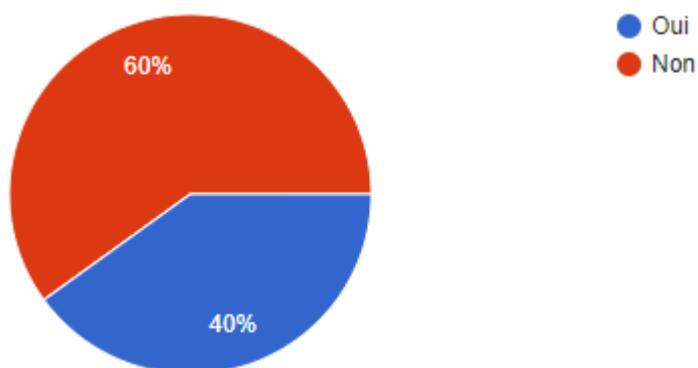


Figure 25: Organisation de réunions de service regroupant tous les acteurs du bloc opératoire

58 professionnels déclarent que des réunions de service regroupent tous les acteurs du BO (60%).

Chez 172 professionnels, ces réunions ne rassemblent jamais l'ensemble des acteurs du BO. (40%)

J'ai participé à des exercices en centre de simulation (ou à un entraînement) impliquant un travail en équipe :

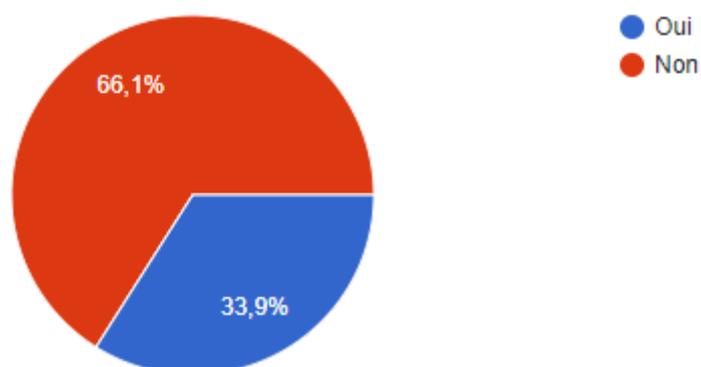


Figure 26: Participation à des exercices de type simulation impliquant un travail d'équipe

Un tiers des professionnels a participé à un entraînement impliquant un travail en équipe (33.9%).

Deux tiers (66.1%) n'ont pas eu cette expérience.

Nous allons déterminer si ces données diffèrent selon l'origine de l'établissement, à savoir s'il est du secteur public ou privé.

J'ai participé à des exercices en centre de simulation (ou à un entraînement) impliquant un travail en équipe :	Privé	Public	Public, Privé	Total général
Non	87	194	4	285
Oui	22	121	3	147
Total général	109	315	7	432

Tableau 10 : Participation à un exercice de type simulation selon le secteur d'activité du professionnel

Effectivement, une différence notable existe. Dans le privé, ceux ayant pu bénéficier de ce type d'exercice sont 20% tandis qu'ils sont 38% dans le public. La différence est statistiquement significative avec une p-value à 0.0005, signe que la différence n'est pas attribuable au hasard.

J'ai déjà bénéficié de formations avec d'autres catégories de professionnels du bloc opératoire. (Exemple : installation du patient, hygiène, technique chirurgicale etc.)

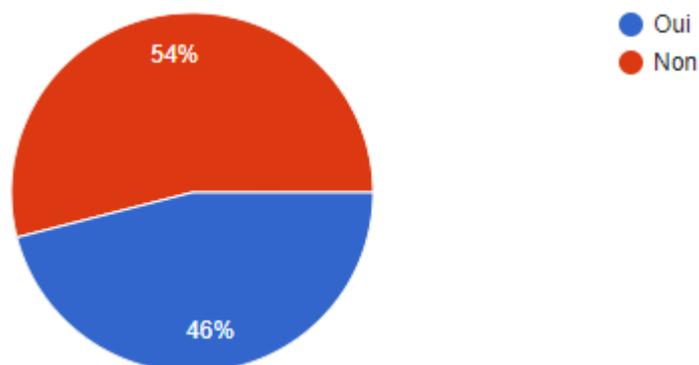


Figure 27: Participation à une formation avec d'autres professionnels du bloc opératoire

Cette question rejoint la précédente, car elle renseigne également sur le travail en équipe en formation.

La part de ceux ayant bénéficié de formations communes à d'autres professions est légèrement inférieure à ceux n'ayant pas pu en bénéficier (33voies d'écart).

J'ai déjà bénéficié de formations avec d'autres catégories de professionnels du bloc opératoire. (Exemple : installation du patient, hygiène, technique chirurgicale etc.)	Privé	Public	Public, Privé	Total général
N'a pas répondu				0
Non	61	167	5	233
Oui	48	148	2	199
Total général	109	315	7	432

Tableau 11: Participation à des formations interprofessionnelles selon le secteur d'activité

En ce qui concerne la répartition public/privé l'écart semble plus étroit.

Dans le privé ils sont 44% à avoir bénéficié de formations avec d'autres catégories de professionnels du BO contre 47% dans le public. La différence est faible (et non significative statistiquement parlant avec une p-value à 0.594).

Partie commentaire :

La dernière rubrique du questionnaire était laissée libre aux commentaires. Au nombre de quatre-vingt-trois, ceux-ci évoquent les différents thèmes, souvent en quelques mots. Des conditions de travail parfois difficiles, des impressions personnelles en passant par le lieu d'exercice d'activité ou encore des encouragements.

Par ailleurs ces commentaires ont pour nombre d'entre eux, un caractère très personnel, quasi confidentiel, pour cette raison et par souci d'anonymat il m'a semblé inconvenant de les retranscrire dans leur intégralité. En revanche voici un verbatim qui résume les remarques principales. Pour une meilleure compréhension j'y ai rajouté quelques mots de liaison, qui je l'espère ne dénaturent pas le sens du commentaire de leur auteur.

Les « *conditions de travail sont dégradées* », il y a une « *déshumanisation du système* », une « *obligation de rendement* ». Le « *personnel est épuisé* ». Les « *rappports sont complexes avec la direction* ».

Des « *pressions* » sont exercées sur « *les personnes fragiles* ». Certains professionnels restituent des faits de conflits interprofessionnels, ou de difficultés à collaborer avec des « *remplaçants* » faute de personnel.

« La remise en question professionnelle n'est pas faite pour tout le monde », le « manque de communication est évident entre les équipes pluridisciplinaires », ce qui crée un « stress supplémentaire et des pertes de temps inutiles et parfois préjudiciable au patient ».

Les professionnels déplorent l'absence de « *briefing ou de débriefing* », le fait de ne « pas être dans le préventif mais dans le curatif ».

La check-list est parfois « *remplie de A à Z* » dès l'installation du patient dans « *l'optique de ne pas l'oublier à la fin* », elle est « *banalisée au détriment de la sécurité* ».

On s'est étonné de ne pas avoir interrogé les « *cadres de santé, cadres supérieurs* » qui ont un rôle important dans la « *communication des équipes* ».

Les remarques se font aussi positives.

Les patients sont en sécurité car l' « *équipe ide-ibode-iade s'intéresse au patient* » et se « *pose les bonnes questions* », l'équipe cherche les « *bonnes informations* » et les « *partage* ».

Un acteur de santé militaire du bloc opératoire, témoigne du caractère « *essentiel* » de la « *communication* », dans le cadre d' « *opérations extérieures* » en « *équipe réduite* ».

Des professionnels voient dans la communication, la « *facilitation du travail* » et la garantie d'assurer la « *sécurité du patient* ». Ils associent la communication à un « *élément clé de la réussite d'une opération chirurgicale* ». Elle permet notamment d'« *éviter les incidents* ».

Le fait de « *se connaître* » facilite la communication interprofessionnelle et le « *travail d'équipe profite à tous* ».

Les rapports sont meilleurs avec « *la nouvelle génération de médecins* », plus attentive aux remarques des soignants, même si « *les mentalités ont du mal à bouger* ».

DISCUSSION :

PREAMBULE

Dans cette partie nous reviendrons sur les thèmes abordés et les résultats de l'outil d'enquête en confrontant certaines données avec les données de la littérature. Les sujets se recoupent constamment, chaque concept étant intimement lié à un autre dans chaque question. Le plan conserve la trame initiale : le travail d'équipe dans un premier temps, puis la communication, les erreurs, et enfin la culture de sécurité. Nous évoquerons pour conclure les points forts ainsi que les biais et limites de ce travail.

PROFIL DES PARTICIPANTS :

Au sujet de la population touchée :

Tout d'abord, sur la participation : La participation a été forte puisque 432 questionnaires ont pu être analysés. Les réponses sont issues du secteur public comme du secteur privé, et cela confère à l'étude une représentativité importante de la population du bloc opératoire. Les femmes sont très représentées, puisqu'elles constituent 80% de l'effectif total. Nous nous sommes ainsi posé la question de savoir si les femmes étaient plus touchées par cette thématique. La forte proportion de femmes dans l'obtention de ces résultats s'explique par le fait que la population féminine est largement représentée de façon générale dans le monde hospitalier. 77% des agents de la fonction publique hospitalière sont des femmes selon un rapport des chiffres clés de 2015 du ministère de la fonction publique. (37)

Il s'avère que ces chiffres reflètent la proportion hommes-femmes obtenue du terrain. La disparité observée est sensiblement la même dans le privé que dans le public.

D'autre part, toutes les catégories d'âge sont représentées dans l'étude, preuve que l'outil informatique du questionnaire n'a pas constitué un obstacle pour les plus âgés d'entre eux.

Même si toutes les professions sont représentées elles le sont de manière inégalitaire. Des hypothèses peuvent expliquer ces résultats :

La profession infirmière est prédominante au bloc opératoire. Une salle d'opération nécessite pour un fonctionnement qu'on pourrait qualifier de standard, trois infirmiers : un infirmier instrumentiste, un infirmier circulant, un infirmier anesthésiste. Il n'y a souvent qu'un seul chirurgien et qu'un médecin anesthésiste par salle.

Le questionnaire étant présenté par un étudiant IADE, la profession infirmière se reconnaît peut-être davantage dans ce type de travail.

Les sites internet sollicités pour l'enquête ne regroupent souvent qu'une seule catégorie de professionnel, ce qui est aussi responsable d'une certaine hétérogénéité de la population. Les mails des internes ne sont probablement pas tous connus des cadres de bloc opératoire.

Quant aux aides-soignants, ils procèdent fréquemment à l'accueil, à l'installation et à la sortie du patient mais leur présence n'est pas constante tout au long de l'intervention. Ils ne se sont peut-être tout simplement pas vu remettre ce questionnaire.

D'autres causes pourraient encore expliquer ces résultats, cela n'en resterait pas moins des suppositions. Ce que l'on peut toutefois affirmer face à ces chiffres, c'est que le nombre total de participants est très élevé, 383 professionnels paramédicaux, et 46 médecins ou futurs médecins. L'étude permettra de refléter la réalité du terrain.

Les moins de 26 ans sont moins nombreux car le nombre d'années d'études requis pour accéder à ces professions réduit cette probabilité.

La durée d'exercice, allant de moins de deux ans à plus de dix ans a permis d'évaluer si des différences marquées existaient entre les moins expérimentés et les plus expérimentés. Mais après de multiples calculs et de croisements de données, rien n'a permis de souligner des différences liées à la durée d'exercice ou à l'âge. Les sources consultées dans notre cadre conceptuel n'ont jamais fait référence à l'âge ou la durée d'exercice des intervenants sur les thématiques de communication ou de sécurité.

NOTION D'ÉQUIPE ET DE TRAVAIL D'ÉQUIPE :

Comme certains auteurs l'ont évoqué, la notion d'appartenance à l'équipe est primordiale pour que cette équipe soit réellement efficace. Dans notre enquête, la cohésion d'équipe semble satisfaisante. En effet, d'après nos chiffres, le sentiment d'appartenance à l'équipe paraît plutôt bon dans l'ensemble (>94% d'accord et tout à fait d'accord avec l'affirmation de faire partie intégrante de l'équipe du bloc opératoire), et la collaboration entre équipe médicale et paramédicale est déclarée à 90% comme bonne ou très bonne par les participants. L'identification au groupe serait donc forte, elle permet d'après R. Mucchielli une implication dans le travail, et de considérer les « réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens ». (5)

Mais elle nécessite aussi selon le même auteur, une entraide importante, et l'expression des désaccords. Concernant l'entraide dans notre étude, les résultats sont plus nuancés, mais restent satisfaisants dans le public comme dans le privé (en moyenne, 84% de la population considère l'entraide comme très fréquente ou fréquente).

Toutefois le point faible réside principalement dans l'expression des désaccords dans les équipes, puisque 68.5% estiment que remettre en question les décisions de ses collègues est compliqué ou très compliqué. Ces difficultés concernent autant le personnel médical que le personnel paramédical. Ce constat est un enseignement important si l'on vise à améliorer ce travail d'équipe.

Nous avons souligné dans le concept d'« équipe » les notions d'interdépendance, de complémentarité, et le fait de travailler à la même tâche. Nous avons par ailleurs identifié le bloc opératoire comme un milieu potentiellement source de conflits. Il semble essentiel dans ces conditions d'avoir la possibilité d'exprimer des désaccords. Si une majorité du personnel médical et paramédical est en difficulté pour remettre en question les décisions de leurs collègues, ces professionnels pourraient bien se trouver dans un état d'incompréhension ou de frustration. Or, qu'en serait-il si ces décisions affectaient la sécurité du patient ? Lorsque malheureusement des erreurs surviennent, il apparaît qu'il est difficile voire très difficile d'en parler pour 46 %. Les tableaux croisés dynamiques nous ont permis d'affirmer qu'il est plus compliqué pour le personnel paramédical de poser des questions lorsqu'une situation leur semble anormale, inquiétante ou incomprise.

NOTION DE COMMUNICATION AU BLOC OPERATOIRE :

Intéressons-nous maintenant à la partie communication. Tout d'abord, nous n'avons pas retrouvé de difficulté majeure de communication entretenue entre les participants et un professionnel particulier du bloc opératoire. Les notes attribuées sur la qualité de la communication par la personne sondée à ses collègues du bloc opératoire sont distribuées de manière assez égalitaire.

Les AS et les internes recueillent le moins de votes : nous l'avons relevé, les aides-soignants ne sont pas systématiquement présents tout au long d'une intervention, ceci peut justifier ce constat. Quant à la question relative aux internes, de nombreuses personnes se sont abstenues d'y répondre. C'est d'ailleurs la question de l'ensemble de l'enquête la moins renseignée. En effet, les internes n'occupent pas tous les bloc-opératoires, leur présence n'est pas systématique non plus, et ils sont encore moins nombreux en clinique.

Mais depuis 2011, il leur est permis d'effectuer un ou plusieurs de leur stage dans des établissements privés.

Quant à la qualité « générale » de la communication au bloc opératoire, sur les 432 professionnels interrogés, on obtient la note de 3.19/5, ce qui semble correct. Cependant, nous n'avons aucun moyen de comparer cette note à une autre valeur. En revanche, nous avons constaté dans la littérature, (Etude ENEIS) que les déficits de communication entre professionnels sont des sources majeures de risque pour le patient. Mais peut-on tirer des conclusions de ce chiffre ? La note est-elle suffisamment haute pour affirmer être épargné de certains risques sur le patient ?

Nous aurions pu comparer ces notes par établissements, mais il y aurait peu d'intérêt à effectuer un classement ; l'objectif de l'étude étant plutôt de tendre vers une amélioration globale de cette communication. Pour cela, il serait intéressant de pouvoir réévaluer ce critère par intervalle de temps régulier.

Par ailleurs, notre étude nous apprend qu'une personne sur deux a connu une expérience où la sécurité du patient a été mise en danger suite à un problème de communication. C'est sans nul doute le constat le plus alarmant de l'enquête. Pour être exact, ce ne sont pas moins de 215 personnes (contre 217) qui se sont retrouvées dans cette situation. Cette inquiétante révélation justifie à elle seule l'objet de ce travail d'étude. Il aurait été intéressant d'en apprendre davantage sur ces situations vécues, sur l'origine du préjudice et sur l'implication de l'acteur de santé dans chaque situation. Mais un questionnaire d'une durée de cinq minutes ne l'aurait pas permis.

Néanmoins, ce constat nous a entraîné à tester plusieurs hypothèses, et à croiser plusieurs données entre elles. De la sorte, nous avons pu faire apparaître que les professionnels ayant rencontré des situations où le patient aurait été mis en danger en raison de problèmes de communication sont ceux qui décrivent une check-list rarement ou jamais faite de façon rigoureuse. ($p=0.002$).

En outre, il apparaît clairement que ce type d'évènement est corrélé à la perception d'une moins bonne collaboration entre équipe médicale et paramédicale. ($p=0.005$).

La check list, bien qu'utilisée dans le monde entier, et dont les preuves d'efficacité ne sont plus à démontrer est victime de l'irrégularité de sa mise en place dans les blocs opératoires. Il serait utile de connaître les raisons qui justifient un manque de rigueur dans son application et de rappeler le bien fondé d'un tel outil.

De plus, des efforts devraient être menés pour permettre une meilleure collaboration entre les différents acteurs de santé. Le Mapar identifie bien que certains conflits sont issus de problèmes liés au rôle et au statut de chacun, sans toutefois opposer personnel médical et paramédical. Encore une fois, le but de l'étude n'est pas d'incriminer une population, mais d'identifier des perceptions et des pratiques communes au bloc opératoire.

Notre étude montre d'autre part que 90% de la population estime que les situations de stress affectent la qualité de la communication. Nous avons souligné dans notre recherche que le bloc opératoire était un milieu stressant. Or, tandis que le stress s'avère stimulant à certains égards, il devient néfaste pour une personne dès lors que ses mécanismes de régulation sont dépassés.

L'« ambiance pesante » pourrait quant à elle majorer le risque de faire soi-même une erreur d'après 90% des participants, toutes catégories professionnelles confondues. (Les participants sont d'accord et tout à fait d'accord avec cette affirmation.) Les médecins anesthésistes seraient légèrement plus préservés de ce risque d'erreur. Il semble alors important de conserver un climat serein, car l'ambiance dégradée du bloc opératoire multiplierait les erreurs potentielles.

Comportement et pratiques face à l'erreur :

Discuter des erreurs est très facile et facile pour les uns tandis que c'est compliqué voire très compliqué pour d'autres dans des proportions assez proches (53.8% contre 46.2%).

La connaissance des procédures de signalements ne signifie pas forcément leurs applications. Il s'avère que quasiment tous les participants savent comment déclarer un évènement indésirable, mais en définitive, 41% renoncent parfois à les déclarer.

Les incidents qui n'entraînent pas de conséquences sur le patient sont loin d'être systématiquement signalés. Il a été observé dans les Revues de Morbi-Mortalité que ces évènements « porteurs de risques » sont pourtant les plus fréquents. Mis bout à bout, ils peuvent avoir des conséquences plus sévères. Il est donc regrettable qu'une part aussi importante de ces évènements ne soient jamais déclarés et analysés.

Les travaux de James Reason illustreraient fidèlement ce phénomène par la figure ci-dessous, le « fromage suisse ».

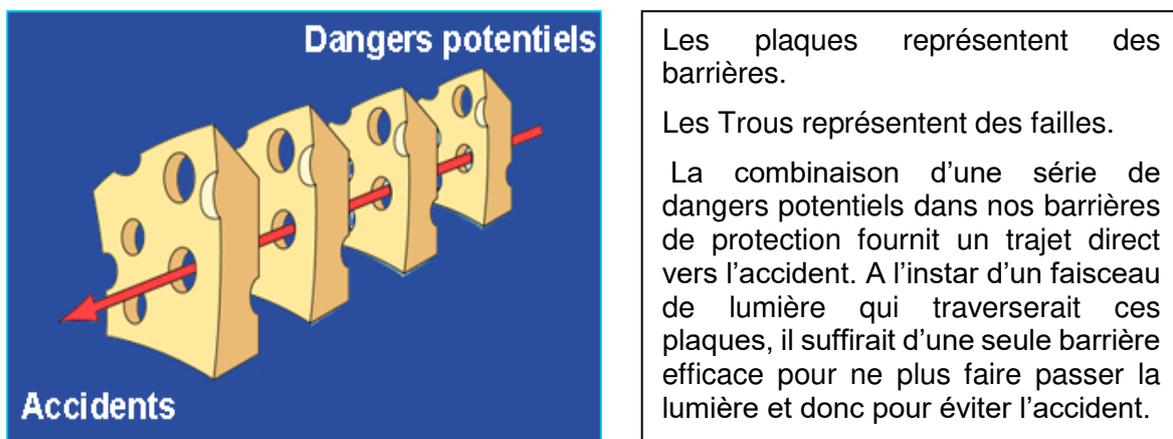


Figure 28: modèle du fromage suisse ou modèle des plaques de J.Reason

De façon générale le nombre total d'évènements indésirables signalé est largement sous-estimé. La crainte d'une sanction, la culpabilité, la peur d'être jugé ou encore le manque de temps en sont les principaux motifs.

Le rapport sur l'énergie nucléaire sur la culture de sécurité de 2008 stipulait déjà que pour améliorer la sécurité il était indispensable de ne plus avoir une culture de blâme. Or, dix ans plus tard, il apparaît que cette crainte est encore très marquée. Pourtant, le caractère souvent multifactoriel de ces erreurs devrait permettre de traiter ces évènements de manière non culpabilisante. Il se pourrait aussi que ces craintes soient infondées mais encore ancrées dans les esprits.

CULTURE DE SECURITE :

Enfin, nous remarquons que les professionnels ont très peu connaissance du suivi des incidents ayant lieu au bloc opératoire. 60 % du personnel est rarement ou jamais informé du suivi de ces incidents. Est-ce à l'institution d'informer ses employés ou à eux de s'intéresser à la suite de ces incidents ? Qu'apporteraient ces informations ? Sachant qu'après l'intervention le patient quitte aussitôt l'unité du bloc opératoire, dispose-t-on de suffisamment de temps pour s'en informer ?

Les erreurs qui se produisent sont amenées à se reproduire si elles ne sont pas signalées et analysées. Le partage et l'enseignement de ces situations relève d'ailleurs tout autant

d'un travail de communication. Une partie de ce travail est imputable aux institutions et aux établissements. Nous pouvons apprendre grâce à cela quels sont les risques liés à notre environnement de travail.

Parmi les pistes évoquées pour développer ce travail d'équipe et une culture de sécurité, la simulation est une méthode phare dans le domaine de la santé. Un tiers des participants (33.9%) a pu s'adonner à ce genre d'exercice. Le personnel du secteur public est plus formé à la simulation ($p=0.0005$), peut-être parce que les centres de simulations bénéficient en partie de financements publics, et sont souvent attenants aux facultés ou aux CHU.

Un autre chiffre indique que 46% de la population a bénéficié de formations avec d'autres professionnels du bloc opératoire. L'hypothèse testée supposant qu'il y avait une différence entre secteur privé et public s'est avérée nulle.

Il est difficile de juger si ces taux sont élevés ou non, la progression de ceux-ci dans le temps nous apporterait davantage d'informations. De plus, nous avons découvert au cours de la réalisation de ce mémoire qu'en dehors de méthodes classiques, il existait d'innombrables méthodes pour améliorer la qualité du travail d'équipe dans le but d'une sécurité accrue du patient. Le jeu collectif cité dans le cadre théorique, de type « escape game » en est un exemple original. Enfin, nous avons découvert d'autres pistes telles que la « phraséologie », une méthode de communication qui apprend à utiliser des termes précis, harmonisés, tout un lexique qui permet d'« agir au quotidien avec clarté et cohérence » pour limiter les erreurs humaines.

Mais alors qu'un outil obligatoire comme la check-List, premier instrument de partage d'information pour assurer la sécurité du patient n'est pas correctement complété, doit-on poursuivre inlassablement des travaux complémentaires ? Il semblerait qu'au final, peu importe l'outil utilisé, ces approches donnent des résultats prometteurs et c'est à chaque établissement de trouver les méthodes qui lui conviennent le mieux.

Points forts et limites de ce travail :

Les points forts de ce travail concernent la taille de l'échantillon de la population, en effet l'effectif est très important ($n=434$), les participants proviennent de multiples établissements de secteurs publics comme de secteurs privés. Les principaux acteurs du bloc opératoire sont représentés dans notre étude.

Le fort taux de remplissage du questionnaire reflète l'attrait qu'ont eu les professionnels pour ce sujet. Grâce à cela, il n'y aura eu que très peu de pertes d'informations.

Les limites se traduisent par une répartition inégale des différentes catégories professionnelles : les infirmiers, spécialisés ou non sont fortement représentés contrairement aux chirurgiens, aides-soignants, et internes qui représentent une plus faible part de l'effectif.

Une critique pourrait être émise concernant les biais liés à la formulation des questions. Certaines formules peuvent orienter vers la réponse sollicitée.

Il peut aussi y avoir des différences d'interprétation et de compréhension d'une même question pour les participants. Exemple : à la question demandant au professionnel si discuter des erreurs dans son unité de bloc opératoire est facile ou non (très facile, facile, compliqué, très compliqué), la question est générale et ne stipule pas qui est l'auteur de l'erreur. L'auteur peut être la personne interrogée ou un autre membre de l'équipe. La gravité de l'erreur n'est pas abordée non plus. L'interprétation en revient donc à la personne sondée.

Pour éviter ces biais et approfondir certains résultats, la recherche de type qualitative par entretien permettrait de poursuivre ce travail sous un autre angle.

CONCLUSION

S'il est un endroit où la communication a toute sa place, c'est bien au bloc opératoire. La complémentarité et les rôles spécifiques des professionnels y exerçant font de la communication plus qu'un devoir, une nécessité. Elle est indispensable au quotidien pour assurer le bon déroulement des interventions.

Les plus hautes instances de santé et de nombreuses études confirment aujourd'hui, que pour rendre aux patients des soins plus sûrs, il importe de développer une communication d'équipe efficace. L'objectif de l'outil d'enquête visait à faire la lumière sur les pratiques et les perceptions qu'en ont les soignants au bloc opératoire.

A travers notre étude, nous avons pu mettre en avant les points forts mais aussi les difficultés d'un grand nombre de professionnels.

Au bloc opératoire, une personne sur deux a connu une situation où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication ! Cette réalité est commune aux secteurs public et privé. De plus, tous les acteurs de santé y sont confrontés de la même façon, infirmiers, aides-soignants, chirurgien, médecins anesthésistes, personne n'y échappe.

Les professionnels ayant rencontré ce type de situation sont ceux qui décrivent une checklist rarement ou jamais faite de façon rigoureuse.

L'étude conforte le fait que la collaboration et l'entraide sont globalement bonnes, mais l'expression des désaccords et la remise en question des décisions des collègues est difficile. Si l'appréhension d'interpeller, de questionner est présente pour tous, elle l'est plus encore pour les paramédicaux face à une situation qu'ils ne maîtrisent pas, quand bien même elle leur semblerait anormale.

Sur le terrain du relationnel un climat de tension, de stress et de pressions constantes augmente de façon conséquente le risque d'erreurs et affecte pour nombre de professionnels la qualité de la communication.

Enfin, quasiment tous les acteurs du bloc opératoire connaissent la procédure pour déclarer un évènement indésirable mais une part importante d'entre eux renoncent à les déclarer par craintes des conséquences (sanction, culpabilité) ou simplement, par manque de temps.

Pour permettre de développer ces compétences non techniques dont la communication fait partie, la simulation est souvent évoquée dans les sources de documentation consultées. Il en est de même pour des campagnes de sensibilisation à l'égard des professionnels concernés. En impliquant tous les professionnels dans ce processus, une « culture de sécurité » émergera dans ces équipes. Le principe réside dans la prise de conscience de l'enjeu de la communication sur la sécurité du patient.

Cet outil d'enquête pourrait tout à fait être réutilisable après que des mesures aient été prises dans ce sens.

Cependant dans cette analyse, deux points importants n'ont pas été abordés, or ils sont chacun une composante essentielle de la solution.

Tout d'abord nous n'avons pas recueilli l'avis des cadres de santé. Or, leurs rôles de manager d'acteurs du bloc opératoire en font des interlocuteurs privilégiés en la matière. Il aurait ainsi été plus qu'utile de recueillir leurs propositions sur le sujet.

Pour finir, la dernière difficulté est d'ordre financière. C'est une réalité qu'il faut intégrer, les établissements de santé doivent faire plus mais avec moins d'argent (restrictions budgétaires, restructurations, suppressions de postes, rentabilité).

Alors comment éviter que ces nouvelles conditions de travail n'affectent plus encore la communication d'équipes ?

BIBLIOGRAPHIE :

1. Bloc opératoire Un modèle d organisation de l interdisciplinarité - Poems - We Share Success [Internet]. DocumentSlide.Org. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: <https://documentslide.org/bloc-operatoire-un-modele-d-organisation-de-l-interdisciplinarite>
2. 0024616.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc09/0024616.pdf>
3. Organisation du bloc opératoire. :45.
4. Sanson K. Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat. J Psychol. 2006;(242):24-7.
5. Formarier M. Concept équipe. In: Les Concepts En Sciences Infirmieres. Mallet Conseil. 2012. p. 180-2. (2ème édition).
6. cours_module_4.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_4.pdf
7. f0106_thallmayer_F.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: http://www.sssh.ch/uploads/media/f0106_thallmayer_F.pdf
8. Sanson K. Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat. J Psychol. 2006;(242):24-7.
9. Travail en équipe comment évaluer et améliorer .pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/q7y7159s/Travail%20en%20%C3%A9quipe%C2%A0:%20comment%20%C3%A9valuer%20et%20am%C3%A9liorer%C2%A0%3F.pdf>
10. Haute Autorité de Santé - Sécurité du patient : la HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins [Internet]. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035903/fr/securite-du-patient-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins
11. Picard D. De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. Commun Lang. 1992;93(1):69-83.
12. Watzlawick-Theo-de-la-communication.pdf [Internet]. [cité 25 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.ultramuros.ca/documents/Watzlawick-Theo-de-la-communication.pdf>
13. Ducerf-Thoret. Interbloc : Le mode de relation et de communication au bloc opératoire. sept 2013;XXXII(3):174-6.

14. Albert Mehrabian : définition de Albert Mehrabian et synonymes de Albert Mehrabian (français) [Internet]. [cité 25 déc 2017]. Disponible sur: <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Albert%20Mehrabian/fr-fr/>
15. Internet : quand communiquer plus, c'est communiquer moins [Internet]. Cygnification. 2013 [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cygnification.com/internet-quand-communiquer-plus-cest-communiquer-moins/>
16. Cabin P. Communication et organisation. In: La Communication: Etat des savoirs. Sciences-Humaines. 2005.
17. Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. Prat En Anesth Réanimation. févr 2009;13(1):65-9.
18. L'émotion et la prise de décision | Cairn.info [Internet]. [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2008-2-page-33.htm>
19. Grollau E. Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradation relationnelles. sept 2008;27(3):186-8.
20. Bruyère M. ELÉMENTS DE COMMUNICATION INDISPENSABLES ENTRE ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR, SAGE-FEMME ET OBSTÉTRICIEN. :11.
21. Kermisch C. Vers une définition multidimensionnelle du risque. Vertigo - Rev Électronique En Sci Environ [Internet]. 12 sept 2012 [cité 12 mars 2018];(Volume 12 Numéro 2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/vertigo/12214>
22. Haute Autorité de Santé - Sécurité du patient [Internet]. [cité 26 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1048545/fr/securite-du-patient
23. analyser_un_evenement_indesirable_associe_aux_soins_eias_dans_le_cadre_dun_exercice_hors_etablissement_de_sante.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/analyser_un_evenement_indesirable_associe_aux_soins_eias_dans_le_cadre_dun_exercice_hors_etablissement_de_sante.pdf
24. serieetud109.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf>
25. Bedouch F. Qualité et sécurité au Bloc-Opératoire : la Culture de Sécurité. sept 2015;Tome 34(3):170.
26. Enquete_sur_les_evenements_indesirables_graves_dans_les_etablissements_de_sante_frequence_evitabilite_et_acceptabilite.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Enquete_sur_les_evenements_indesirables_graves_dans_les_etablissements_de_sante_frequence_evitabilite_et_acceptabilite.pdf
27. DREES_Enquête_ENEIS_Solidarité_Santé_N°_17_2009_11-2010.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://www.optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/DREES_Enqu%C3%AAte_ENEIS_Solidarit%C3%A9_Sant%C3%A9_N%C2%B0_17_2009_11-2010.pdf

28. Haute Autorité de Santé - Revue de mortalité et de morbidité (RMM) [Internet]. [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
29. pourquoi_mesurer_la_culture_de_securite2.pdf [Internet]. [cité 27 oct 2017]. Disponible sur: http://www.risqh.net/wp-content/uploads/2008/12/pourquoi_mesurer_la_culture_de_securite2.pdf
30. Air Crash - Saison 16 - Désastre à Tenerife - Vol PanAm 1736 / Vol KLM 4805 [Français] - Video Dailymotion [Internet]. [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x4wsnob>
31. HEGEL_2014_1_75.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2017]. Disponible sur: http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/53509/HEGEL_2014_1_75.pdf
32. Le témoignage d'un participant, L'apprentissage par la simulation en santé. Revue Soins Cadres. nov 2014;(supplément au n°92).
33. Simulation médicale : le droit à l'erreur [Internet]. L'ACTU de l'Université de Franche-Comté. [cité 20 oct 2017]. Disponible sur: <http://actu.univ-fcomte.fr/simulation-medicales-le-droit-lerreur>
34. Mahjoub M, Bouafia N, Cheikh AB, Ezzi O, Njah M. Culture sécurité des patients par la réponse non-punitive à l'erreur et la liberté d'expression des soignants, Patient safety culture based on a non-punitive response to error and freedom of expression of healthcare professionals. Santé Publique. 1 déc 2016;28(5):641-6.
35. Quand le jeu se met au service de la médecine [Internet]. Le Courrier Picard. [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.courrier-picard.fr/109060/article/2018-05-10/quand-le-jeu-se-met-au-service-de-la-medecine>
36. AP-HP : le risque d'erreur médicale aux urgences se réduit de 40 % lorsqu'ont lieu, entre médecins, des vérifications croisées systématiques et régulières [Internet]. [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-le-risque-derreur-medecale-aux-urgences-se-reduit-de-40-lorsquont-lieu-entre-medecins>
37. COMMENT FAIRE UN KHI-2 [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: http://pagesped.cahuntsic.ca/sc_sociales/psy/methosite/consignes/khicarre.htm

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

Figure 29 : Pyramide des risques de Bird

Figure 30: QR code dirigeant vers le questionnaire

Figure 31 : Répartition des participants selon le sexe

Figure 32: Professions de la population étudiée

Figure 33: Âge des professionnels de santé de l'étude

Figure 34: Durée d'exercice de l'activité professionnelle au bloc opératoire

Figure 35: Provenance par secteur des différents acteurs du bloc opératoire

Figure 9: Collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale

Figure 10 : Perception de l'entraide entre les différents membres du bloc opératoire

Figure 11: Qualité de la communication entre les participants et les autres acteurs du bloc opératoire

Figure 12: Evaluation de la qualité générale de la communication entre 0 et 5

Figure 13: Atmosphère au bloc opératoire et risque d'erreur

Figure 14: Facilité à remettre en cause des décisions prises par ses collègues

Figure 15: Facilité à poser des questions quand une situation paraît inquiétante, anormale ou incompréhensible pour le professionnel

Figure 16: Facilité à discuter des erreurs au bloc opératoire

Figure 17: Incidence des situations de stress sur la qualité de la communication au sein des équipes

Figure 18: Information des membres de l'équipe en cas de complications apparaissant lors d'une intervention chirurgicale

Figure 19: Vécu d'une expérience professionnelle où la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication

Figure 20: Signalement des incidents n'entraînant pas de conséquences sur le patient

Figure 21: Connaissance de la procédure de signalement d'évènement indésirable

Figure 22: Renoncement ou non à la déclaration d'un évènement indésirable

Figure 23 : Rigueur dans la façon de faire la check-list HAS du patient au bloc opératoire

Figure 24: Information du suivi des incidents

Figure 25: Organisation de réunions de service regroupant tous les acteurs du bloc opératoire

Figure 26: Participation à des exercices de type simulation impliquant un travail d'équipe

Figure 27: Participation à une formation avec d'autres professionnels du bloc opératoire

Figure 28 : Fromage suisse, ou modèle des plaques de J. Reason

Tableau 1: Sentiment d'appartenance à l'équipe en fonction de la profession

Tableau 2: Perception de la collaboration entre équipe médicale et paramédicale selon le secteur d'activité du professionnel interrogé

Tableau 3: Perception de la collaboration entre l'équipe médicale et paramédicale en fonction de la profession

Tableau 4: Entraide en fonction du secteur d'activité du professionnel

Tableau 5: Perception par différents professionnels du lien entre l'atmosphère régnant au bloc opératoire et le risque

opérateur

Tableau 6: Facilité à poser des questions quand une situation paraît inquiétante, anormale ou incompréhensible en fonction des professionnels interrogés

Tableau 7: Mise en danger du patient en raison d'un problème de communication et collaboration entre personnel médical et paramédical

Tableau 8: Connaissance de la procédure de signalement d'évènement indésirable en fonction de la profession

Tableau 9: Rigueur dans la check-list et expérience de mise en danger d'un patient pour problème de communication

Tableau 10 : Participation à un exercice de type simulation selon le secteur d'activité du professionnel

Tableau 11: Participation à des formations interprofessionnelles selon le secteur d'activité

PRATIQUES ET PERCEPTIONS DES DIFFERENTS ACTEURS DU BLOC OPERATOIRE EN MATIERE DE COMMUNICATION ET DE SECURITE

VECCI Nicolas

Promotion 2016-2018

CONTEXTE : Par ses activités humaines et invasives, le bloc opératoire est un environnement à risque. Son fonctionnement nécessite la présence de nombreux professionnels, issus de formations différentes. Ces acteurs de santé, réunis autour d'un même patient mobilisent à la fois des compétences techniques mais également des compétences non techniques dans leurs capacités à s'organiser et à coordonner leurs actions en équipe. C'est un élément essentiel du travail d'équipe, car une communication défaillante peut mettre en danger la sécurité du patient.

BUT : Notre but est avant tout d'évaluer les pratiques et perceptions de l'équipe de bloc opératoire en matière de communication et de sécurité.

MATERIEL ET METHODE : L'outil sélectionné est un questionnaire quantitatif composé de 27 questions fermées adressé par internet à l'ensemble des membres du bloc opératoire. Le public concerné provient d'établissements public et privé.

RESULTATS : Sur les 432 participants, la moitié d'entre eux ont déclaré avoir connu un incident durant lequel la sécurité du patient a été mise en danger en raison d'un problème de communication. En outre, notre étude indique que la perception de la qualité de la collaboration du personnel est corrélée à la survenue de ce type d'évènement (différence statistiquement significative avec une p-value =0.005).

CONCLUSION : Au vu de ces résultats, cette étude soulève certaines difficultés en matière de communication et de sécurité qui semblent être partagées par les médecins comme par les personnels paramédicaux. Il serait intéressant de réutiliser cet outil pour suivre l'évolution des pratiques après intervention visant à améliorer la communication.

MOTS CLES : Communication – sécurité du patient– équipe – travail d'équipe - acteurs du bloc opératoire.

TITLE: PRACTICES AND PERCEPTIONS OF OPERATING ROOM'S STAFF ON COMMUNICATION AND SAFETY

BACKGROUND: By its human and invasive activities, the operating room is a risk environment. Its organization requires the presence of many professionals from different backgrounds. These health actors gathered around the same patient mobilize both technical skills but also non-technical skills in their ability to organize and coordinate their actions as a team. This is an essential element of teamwork, as faulty communication can endanger the safety of the patient.

PURPOSE: First of all, our aim is to assess the practices and perceptions of the operating theater team in terms of communication and safety.

MATERIAL AND METHOD: The investigation tool selected was a quantitative survey composed of 27 open-ended questions addressed on line to the whole operating room staff. The survey was carried out in several public and private establishments in France.

RESULTS: Out of 432 participants, half of them reported an incident where the safety of the patient was endangered due to a communication problem. Furthermore, our results indicate that the perceived quality of team collaboration is correlated with the occurrence of this type of event (statistically significant difference p-value =0.005).

CONCLUSION: In views of these results, this study raises some communication and safety difficulties that seem to be shared by both physicians and paramedics. It would be interesting to use this tool again to follow the evolution of post-intervention practices to improve communication.

KEY-WORDS: Communication – patient's safety- team- teamwork- operating room staff.